

Name: ..... Vorname: ..... Geb. ....

Anschrift: .....

Tel: ..... Email: .....

## **EINGANGSFRAGEBOGEN**

### **1. Sind Sie sportlich aktiv?**

☐ Nein

☐ Ja – wie oft ..... x Woche ..... min

Sportarten: .....

### **2. Welche Belastung tritt hauptsächlich im Alltag auf?**

☐ Sitzen

☐ Stehen

☐ abwechselnd

☐ viel Bewegung

☐ wenig Bewegung

### **3. Haben Sie z. Z. Schmerzen?**

☐ Nein

☐ Ja, in:

**Beschreibung:**

.....

### **4. Leiden Sie an:**

☐ Diabetes

☐ Rückenbeschwerden.....

☐ Bluthochdruck

☐ Herzproblemen .....

☐ Gicht

☐ Gleichgewichtsstörungen

☐ Gelenkbeschwerden/ Arthrose .....

☐ Osteoporose

☐ Rheuma

☐ Sonstige.....

☐ Asthma

.....

### **5. Nehmen Sie Medikamente ein und wenn ja, welche?**

☐ Ja

.....

.....

### **6. Warum nehmen Sie an diesem Kurs teil (Ziele/ Wünsche)?**

.....

.....

*Hiermit bestätige ich, dass ich auf eigene Verantwortung und unter eigenem Versicherungsschutz an diesem Kurs teilnehme.*

*Die Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.*

*Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß meiner datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung einverstanden.*

Ort, Datum, Unterschrift .....

*Viel Spaß in den weiteren Kursstunden!*