

Check-in Fragebogen



Kurs _____

Kursbeginn _____

Name _____

Geburtsdatum _____

Gesundheitliche Fragen

1. Größe:

Gewicht:

2. Sind Sie sportlich aktiv?

ja

nein

Wenn ja:

Seit wann?

Wie oft pro Woche?

Welche Art?

3. Wie würden Sie Ihre Fitness beurteilen?

sehr gut

gut

normal

schlecht

sehr schlecht

4. Liegen oder lagen folgende Erkrankungen oder Sachverhalte vor? Haben Sie Schmerzen?

Schmerzen gering

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Schmerzen stark

- Gibt es ärztlich festgestellte Erkrankungen des Bewegungsapparates (Arthrose, Osteoporose, Bandscheibenschäden, Nervenbedrückungen)? ja, und zwar: _____
 nein, ich habe trotzdem Beschwerden: _____
- Haben Sie künstliche Gelenke, Bandscheibenimplantate oder Fixateure nach Knochenbrüchen im Körper?
 ja nein
- Leiden Sie unter Bluthochdruck? ja, zu _____
- Medikamentös eingestellt? ja nein
- Leiden Sie an niedrigem Blutdruck? ja nein
- Leiden Sie unter anderen internistischen Erkrankungen (Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Arteriosklerose, ...)?
 nein ja, und zwar: _____
- Welche Medikamente nehmen Sie gelegentlich? _____
Oder regelmäßig? _____
- Sonstige Mitteilungen: _____

5. Welche Wünsche und Erwartungen haben Sie an diesem Projekt?

Sprechen Sie uns gern an, wenn Sie Fragen haben.

Wir wünschen maximale Erfolge und vor allem viel Freude am gesundheitsfördernden Angebot!

Ihr Team der Physio Beck – Praxis am Markt