

Gesundheitliche Voraussetzung



Haben Sie Beschwerden, Erkrankungen oder akute Verletzungen ...

... im Bereich der Muskeln, Knochen, Gelenke, Bänder, Sehnen?

nein
 ja, welche?

... im Bereich der inneren Organe oder des allgemeinen Stoffwechsels / Diabetes?

nein
 ja, Körpersegment/Organ?

... im Bereich der Atemwege, Bronchien oder Lunge?

nein
 ja _____

Haben Sie zu hohen Blutdruck?

nein
 ja, wie hoch? _____

Haben Sie zu niedrigen Blutdruck?

nein
 ja, wie tief? _____

Haben oder hatten Sie eine Herzkrankheit?

nein
 ja, welche?

Haben Sie Rückenbeschwerden?

nein
 ja, wo?
 Hals Brust Schulter
 Lendenwirbel Hüfte



Haben Sie sonstige Verletzungen/ Beschwerden?

nein
 ja, wo und welcher Art?

Behandelnder Arzt:

Trainingsvorschlag des Arztes/ Physiotherapeuten

Nehmen Sie Medikamente?

nein
 ja, und zwar?

Rauchen Sie?

nein
 ja, wie viele?

Datum _____

Unterschrift _____

Die Teilnahme an allen „Der SportFuchs - Personal Training“-Aktivitäten erfolgt auf eigene Gefahr. „Der SportFuchs - Personal Training“ haftet nicht für selbstverschuldete Unfälle, sowie für solche, die auf das Verhalten Dritter zurückzuführen sind.