

Bern, 10. Juli 2008

Verwaltungsdirektion
Universitätssport

Gesundheitsfragebogen

Personalien

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Persönliche Fragen

Treiben Sie regelmässig Sport? Noch nicht 1x / Woche 2-3x / Woche mehr als 3x / Woche
Wenn Ja, seit wie vielen Jahren? _____
Welche Sport- bzw. Bewegungsarten? _____
Was sind ihre sportlichen Ziele? _____
Wie oft pro Woche werden Sie sich für Bewegung Zeit nehmen? _____
Wann wollen Sie trainieren (Tag / Zeit)? _____

Gesundheitsfragen (gemäss Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin)	Ja	Nein
Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren, oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu betreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Rückenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, kontaktieren Sie bitte einen sportmedizinisch kompetenten Arzt, bevor Sie ihre sportliche Aktivität steigern.

Falls Sie regelmässig Medikamente nehmen, unter Stoffwechselerkrankungen leiden oder zurzeit eine Diät machen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt ab, ob sportliche Aktivität erlaubt ist.

Risikofaktoren	Ja	Nein
Zuckerkrank	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hohe Blutfette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkreislauf-Probleme, Herzfehler, Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bodymassindex (BMI (kg/m ²) über 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: _____ Unterschrift: _____