

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____



Eingangsfragebogen zu körperlicher und psychischer Gesundheit

Bitte beantworten Sie einige Fragen zu Ihrer körperlichen Gesundheit (modifiziert nach Physical Activity Readiness Questionnaire PAR-Q).	
1. Hat Ihnen jemals ein Arzt bzw. eine Ärztin gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" oder wurde Ihnen Bewegung nur unter ärztlicher Kontrolle empfohlen?	☐ ja ☐ nein
2. Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	☐ ja ☐ nein
3. Falls Sie Schmerzen in der Brust hatten, wurde ausgeschlossen, dass diese Schmerzen mit dem Herzen oder Herz-Kreislauf-System zusammenhängen?	☐ ja ☐ nein
4. Haben Sie Probleme bei der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	☐ ja ☐ nein
5. Ist Ihr Blutdruck erhöht?	☐ ja ☐ nein ☐ weiß ich nicht
6. Kennen Sie einen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich/sportlich aktiv sein sollten? Wenn ja, folgender Grund: _____	☐ ja ☐ nein

Bitte beantworten Sie nun noch einige Fragen zu Erkrankungen, Behandlungen und Medikamenten .		
1. Sind Sie derzeit in medizinischer Behandlung oder leiden Sie an einer chronischen körperlichen Krankheit?	☐ ja ☐ nein	Falls ja, welche?
2. Denken Sie, dass bei Ihnen eine psychische Erkrankung vorliegt?	☐ ja ☐ nein	
3. Wurde bei Ihnen bereits eine psychische Erkrankung (z. B. Depression, Angststörung, Schlafstörung) diagnostiziert?	☐ ja ☐ nein	
4. Sind Sie aktuell in psychotherapeutischer Behandlung?	☐ ja ☐ nein	
5. Liegt bei Ihnen ein Pflegegrad der Stufe 3 - 5 vor?	☐ ja ☐ nein	
6. Befinden Sie sich in einem gesetzlichen Betreuungsverhältnis?	☐ ja ☐ nein	

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Anschrift: _____

7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Falls ja, welche (Name und Dosierung des Medikaments)?
☐ Medikamente bei Herzerkrankungen oder Bluthochdruck	
☐ Medikamente bei Diabetes / Insulin	
☐ Gerinnungshemmer	
☐ Medikamente bei Asthma- oder Lungenerkrankungen	
☐ Medikamente bei psychischen Symptomen (z. B. Antidepressiva, Beruhigungsmittel)	
☐ sonstige Medikamente	

Ich stimme zu, dass im Falle meiner Teilnahme am Training auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz die personengebundenen Daten inkl. Fragebogen, Befunde und Untersuchungen auf elektronischen Speichermedien archiviert werden, dem Zugriff der zuständigen und dem Datenschutz verpflichteten Mitarbeiter (standortübergreifend) unterliegen, als Akte den zuständigen Trainern übermittelt werden (notwendig für die individuelle Trainingssteuerung), anonymisiert für wissenschaftliche Auswertungen verwendet und ggf. auch mir selbst übermittelt werden. Die Weitergabe an Dritte bedarf meiner schriftlichen Genehmigung. Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Wichtig: Dieser Fragebogen enthält persönliche Gesundheitsdaten. Mir ist bewusst, dass die Übermittlung dieses Fragebogens per e-Mail nicht lückenlos sicher ist. Eine sicherere Übermittlungsform stellt der postalische Versand per Einschreiben oder die persönliche Abgabe im Therapiezentrum dar.

☐ Ich habe die Hinweise zur Datensicherheit gelesen und stimme diesen zu.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

↓ NUR VON BERATER:IN AUSZUFÜLLEN ↓

Trainingsrelevante Beschwerden / Erkrankungen	☐ Befunde beigelegt
Gruppenempfehlung durch Berater:in	☐ STEP Sporttherapie bei Depression ☐ Gesundheitssport: _____
Bemerkungen / Hinweise	Gruppentermine: ggf. Testungstermin:
Datum / Name Berater:in / Unterschrift	