

**Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q), modifiziert**

1.	<p>Hat Ihnen jemals ein:e Ärzt:in gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen?</p> <p><input type="radio"/> Nein – Eignung für STEP gegeben</p> <p><input type="radio"/> Ja - Abklärung durch Ärzt:in notwendig - Möglichkeit der Integration in bspw. Herzsportgruppe prüfen</p>
2.	<p>Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust, in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?</p> <p><input type="radio"/> Nein – Eignung für STEP gegeben</p> <p><input type="radio"/> Ja – weiter mit 2.1</p>
2.1	<p>Wurde ausgeschlossen, dass diese Schmerzen in der Brust mit dem Herzen oder Herzkreislaufsystem zu tun haben (z.B. eingeklemmter Nerv in der Brustwirbelsäule)?</p> <p><input type="radio"/> Ja – Eignung für STEP gegeben</p> <p><input type="radio"/> Nein – Abklärung durch Ärzt:in notwendig</p>
3.	<p>Hat Ihnen jemals ein:e Ärzt:in ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben?</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <p><input type="radio"/> Ja – weiter mit 3.1 bis 3.3</p>
3.1	<p>Blutdruck</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Blutdruck erhöht oder in Behandlung</li> <li><input type="radio"/> männlich UND Alter größer gleich 45 Jahre</li> <li><input type="radio"/> weiblich UND Alter größer gleich 50 Jahre</li> <li><input type="radio"/> Herzinfarkte in der Familie (Eltern oder Geschwister unter 60 Jahre)</li> <li><input type="radio"/> Cholesterinwerte erhöht oder in Behandlung</li> <li><input type="radio"/> Raucher oder über mehrere Jahre geraucht</li> <li><input type="radio"/> BMI &gt; 30</li> </ul> <p><input type="radio"/> Wenn 2 oder mehr der folgenden Risikofaktoren zutreffen <u>Oder</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> mehr als zwei Blutdruckmedikamente eingenommen werden</li> </ul> <p><u>Dann</u></p> <p><input type="radio"/> Abklärung durch ÄrztIn empfehlen</p> <p><u>Ansonsten</u></p> <p><input type="radio"/> Eignung für STEP gegeben</p>
3.2	<p>Herzproblem</p> <p><input type="radio"/> Nein – Eignung für STEP gegeben</p>

	o Ja – Abklärung durch ÄrztIn notwendig – Möglichkeit der Integration in bspw. Herzsportgruppe prüfen
3.3	Atemproblem  o Nein – Eignung für STEP gegeben  o Ja – weiter mit:  Nehmen Sie Medikamente bei Asthma- oder Lungenerkrankungen UND Haben Sie Beschwerden bei körperlicher Anstrengung?  o Nein – Eignung für STEP gegeben  o Ja – Abklärung durch Ärzt:in notwendig
4.	Kennen Sie einen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich/sportlich aktiv sein sollten?  o Nein – Eignung für STEP gegeben  o Ja – keine Teilnahme möglich bzw. Abklärung durch Ärzt:in notwendig