

Gesundheits- und Anamnesebogen

Präventionskurs „Seniorenfitness – Kräftigungstraining für Senioren“

(ZPP-zertifiziert nach §20 SGB V)

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Notfallkontakt (Name & Tel.): _____

Gesundheitsbezogene Selbstauskunft

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen ehrlich und vollständig. Die Angaben dienen ausschließlich der Einschätzung Ihrer körperlichen Belastbarkeit und werden **vertraulich behandelt.**: *(Bitte ankreuzen: Ja / Nein)*

Frage	Ja	Nein	Keine Angabe
Bestehen aktuell akute Erkrankungen oder Schmerzen?	☐	☐	☐
Wurde Ihnen ärztlich geraten, keinen Sport zu treiben?	☐	☐	☐
Haben Sie Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, Herzschrittmacher)?	☐	☐	☐
Haben Sie Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, COPD)?	☐	☐	☐
Leiden Sie unter Gelenk- oder Wirbelsäulenproblemen, Arthrose oder Osteoporose?	☐	☐	☐
Wurden Sie in den letzten 6 Monaten operiert oder waren längere Zeit krankgeschrieben?	☐	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐	☐	☐
Haben Sie häufig Schwindel, Gleichgewichtsstörungen oder Sturzangst?	☐	☐	☐
Liegen sonstige gesundheitliche Einschränkungen vor, die berücksichtigt werden sollten?	☐	☐	☐

Bewegungsverhalten

Frage	Ja	Nein	Keine Angabe
Bewegen oder treiben Sie Sport regelmäßig (z. B. Spaziergänge, Gymnastik, Radfahren)?	☐	☐	☐
Gibt es Übungen oder Bewegungen, die Ihnen Beschwerden bereiten?	☐	☐	☐

Wenn „Ja“, bitte kurz erläutern:

Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich die obenstehenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

Meine Teilnahme am Kurs „Seniorenfitness – Kräftigungstraining für Senioren“ unterliegt bezüglich meines **gesundheitlichen Zustandes und der körperlichen Belastbarkeit meiner eigenen Verantwortung und bei Bedenken, Zweifeln hole ich ärztlichen Rat ein**. Ich informiere die Kursleitung über gesundheitliche Veränderungen während der Kursdauer (bspw. Übelkeit, Kreislaufbeschwerden, ...).

Diese Bescheinigung dient ausschließlich zur Vorlage beim Kursveranstalter und ersetzt keine eigenverantwortliche Selbsteinschätzung der teilnehmenden Person hinsichtlich ihrer aktuellen Belastbarkeit.

Ich bin mir bewusst, dass der Kurs kein Ersatz für eine medizinische Behandlung ist. Mir ist bekannt, dass bei bestehenden Erkrankungen oder gesundheitlichen Beschwerden ärztliche Abklärung dringend empfohlen wird.

Datenschutz

Ich willige ausdrücklich ein, dass die in diesem Anamnesebogen gemachten Angaben zu meinem Gesundheitszustand von der Kursleitung zum Zweck der sicheren Kursdurchführung verarbeitet und gespeichert werden dürfen. Die Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Die Daten werden nach Kursende gelöscht oder vernichtet, sofern Sie nicht an Folgekursen teilnehmen. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ort, Datum: _____

Name, Vorname: _____

Unterschrift Teilnehmer/in: _____

Seite 2 von 2