Gesundheitsfragebogen

SCHWALBE
RADSPORT TRIER
Wir machen Radsport. Seit 1932.

Personelles

Geschlecht ☐ Weiblich ☐ Männlich

Name

Vorname

Straße

PLZ/Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Notfallnummer

Was ist deine durchschnittliche körperliche Aktivität der letzten sechs Monate?

(30+ Minuten mit deutlicher Pulserhöhung)

☐ 1-3 Wöchentlich ☐ gelegentlich

☐ 4-6 Wöchentlich ☐ keine

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?

Welche Sport- und Bewegungsarten?

Wie viel Stunden Sport treibst du pro Woche?

Gesundheitsfragen

Hast du Beschwerden am Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen, Bänder)?

☐ Ja ☐ Nein

Wurdest du innerhalb der letzten 3 Jahre operiert?

☐ Ja ☐ Nein

Nimmst du regelmäßig Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

Hast du Beschwerden bei körperlicher Belastung?

☐ Ja ☐ Nein

Befindest du dich zurzeit in ärztlicher / therapeutischer Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Hast du Stoffwechselerkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein

Hast du eine Erkrankung des Nervensystems?

☐ Ja ☐ Nein

Hast du Atemwegserkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Hast du Allergien?	☐ Ja	☐ Nein
Hast du eine Blasenschwäche?	☐ Ja	☐ Nein
Bist du schwanger?	☐ Ja	☐ Nein
Hast du Arthrose oder Rheuma?	☐ Ja	☐ Nein
Hast du Wirbelsäulen-erkrankungen?	☐ Ja	☐ Nein
Wurde jemals ein EKG durchgeführt?	☐ Ja	☐ Nein
Hast du Essstörungen?	☐ Ja	☐ Nein

Sonstiges / Anmerkungen

Einverständniserklärung

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Satzung und Ordnungen des RV Schwalbe Trier 1932 e.V.

Datum Unterschrift / Gesetzlicher Vertreter*in