## Ge sund he its fragebogen

## Personelles

| SCHWALBE              |
|-----------------------|
| <b>SULLANALDE</b>     |
| RADSPORT <b>TRIER</b> |

| Geschlecht □ W  | Veiblich □ Männlich                          | Wir machen Radsport. Seit 1932.   |                |      |        |
|---|--|---|----------------|------|--------|
| Name<br>Vorname   |  | Befindest du dich zurzeit in ärztlicher / therapeutischer   |                |      |        |
|   |  | Behandlung?   |                |      |        |
| Straße  |  | □ Ja  | □ Nein         |      |        |
| PLZ/Ort   |  |   |                |      |        |
| Geburtsdatum  |  | Hast du Stoffwechselerkrankungen?   |                |      |        |
| Telefon   |  | □ Ja  | □ Nein         |      |        |
| E-Mail  |  |   |                |      |        |
| Notfallnummer   |  | Hast du eine Erkrankung des Nervensystems?  |                |      |        |
|   |  | □ Ja  | □ Ja □ Nein    |      |        |
| Was ist deine durchschr<br>letzten sechs Monate?                      | nittliche körperliche Aktivität der          |   |                |      |        |
| (30+ Minuten mit deutlic  | cher Pulserhöhung)                           | Hast du Atemwegs  | serkrankungen? | □ Ja | ☐ Nein |
| □ 1-3 Wöchentlich   | ☐ gelegentlich                               | Hast du Allergien?  |                | □Ja  | □ Nein |
| ☐ 4-6 Wöchentlich   | □ keine                                      | Hast du eine Blase  | nschwäche?     | □ Ja | □ Nein |
| Wenn ja, seit wie vielen Jahren?                                      |  | Bist du schwanger   | ?              | □ Ja | □ Nein |
|   |  | Hast du Arthrose c  | oder Rheuma?   | □ Ja | □ Nein |
| Welche Sport- und Bewe  | egungsarten?                                 | Hast du<br>erkrankungen?  | Wirbelsäulen-  | □ Ja | □ Nein |
| Wie viel Stunden Sport treibst du pro Woche?                          |  | Wurde jemals durchgeführt?  | ein EKG        | □ Ja | □ Nein |
|   |  | Hast du Essstörung  | gen?           | □Ja  | □ Nein |
| Gesundheitsfragen<br>Hast du Beschwerden ar<br>Gelenke, Muskeln, Sehn | m Bewegungsapparat (Knochen,<br>en, Bänder)? | Sonstiges / Anm   | erkungen       |      |        |
| □ Ja  | □ Nein                                       |   |                |      |        |
| Wurdest du innerhalb de   | er letzten 3 Jahre operiert?                 |   |                |      |        |
| □ Ja  | □ Nein                                       |   |                |      |        |
| Nimmst du regelmäßig l  | Medikamente?                                 | Finverständniser  | -<br>-klärung  |      |        |
| □ Ja  | □ Nein                                       | Einverständniserklärung Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und akzeptiere die Satzung und Ordnungen des RV Schwalbe Trier 1932 e.V. |                |      |        |
| Hast du Beschwerden be  | ei körperlicher Belastung?                   | -   |                |      |        |
| □ Ja  | ☐ Nein                                       |   |                |      |        |
| □ Ja  | ⊔ Nein                                       |   |                |      |        |

RV SCHWALBE TRIER 1932 e.V.

Schulstraße 37 Tel\_ Mail\_ Web\_ + 49 (0)651 80 211 kontakt@radsport-trier.de radsport-trier.de GESCHÄFTSFÜHRENDER VORSTAND

Finanzen & Controlling Management & Events
Marketing & Kommunikation Sport & Entwicklung

Luis Sanktjohanser Martin Kasel Jannik Schabio Datum

MITGLIEDSCHAFTEN

Bund Deutscher Radfahrer (BDR) Landessportbund Rheinland-Pfalz Stadtsportverband Trier

Unterschrift / Gesetzlicher Vertreter\*in BANKVERBINDUNG

Sparkasse Trier mer 66597 585 501 30 DE 61 5855 0130 0000 0665 97 TRISDE55 uernummer 42/657/11318

SOCIAL MEDIA

f /schwalberadsporttrier /radsporttrier