

## Fragebogen

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name des Bewegungsangebotes

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum

### Derzeitige Beschwerden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung?**  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Arzt: \_\_\_\_\_

**Sind Sie in Ihrer Herz-Kreislaufleistungsfähigkeit eingeschränkt?**  ja  nein

Wenn ja, wodurch? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Mit welcher Zahl würden Sie die Intensität Ihrer momentanen Beschwerden bezeichnen?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

*Kein Schmerz*

*größter Schmerz*

### Wie stark fühlen Sie sich derzeit durch Ihre Beschwerden im Alltag beeinträchtigt?

0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

*keine Beeinträchtigung*

*sehr starke Beeinträchtigung*

### Welche Erwartungen haben Sie an diesen Kurs?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift