

Gesundheitsfragebogen

Name: _____

Dieser Fragebogen dient zum einen zur Selbstüberprüfung und Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit. Zum anderen wird es für die Kursleiterin wichtig, die folgenden Informationen zu bekommen, damit sie auf Sie und Ihre momentane Gesundheit eingehen kann. Bei Unsicherheit bitte Rücksprache mit der Kursleiterin oder Ihrem Arzt halten.

Diesen Medizinischen Fragebogen müssen sie unterschrieben bei Start des Kurses der Kursleiterin übergeben. Im Zuge des Datenschutzes wird der Gesundheitsfragebogen gesondert unter Verschluss aufbewahrt und nach dem Kurs wieder an Sie zurückgegeben.

Folgende Begebenheiten können Sie bei dem Kurs vorfinden:

- Wandern auf unebenen Untergrund (unbefestigte Waldweg, Wiese, befestigter Weg, Trampelpfad)
- Kräftigungs-, Stabilisations-, und Gleichgewichtsübungen auf einem Bein, auf unebenen Untergrund
- Wanderungen von 3 – 5 Kilometern Länge innerhalb von 1,5 Stunden incl. Übungen, je nach Leistungsniveau und Thema der der Unterrichtseinheit

Dieser Kurs stellt eine präventive Maßnahme zur Vorbeugung von gesundheitlichen Folgeerscheinungen von Bewegungsmangel in der Natur dar. Aber auch Personen mit körperlichen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wie z.B. Schmerzen, steht der Kurs offen. Daher bitten wir Sie den Gesundheitsfragebogen sorgfältig auszufüllen und beantworten Sie jede Frage wahrheitsgemäß. **Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.**

Leiden Sie an einer der folgenden Beschwerden? Wenn ja, wie stark wird Sie dies bei dem Kurs evtl. beeinträchtigen	starke Beschwerden	geringe Beschwerden	keine Beschwerden	starke Beeinträchtigung	geringe Beeinträchtigung	keine Beeinträchtigung
Erhöhter Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Bronchitis oder sonstige Erkrankungen der Atemwege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme infolge von Verletzungen oder Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (z.B. Beschwerden an der Wirbelsäule, Knie- oder Schultergelenk)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes oder sonstige Stoffwechselerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien (z.B. gegen Blütenstaub, Insektenstiche)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme infolge von zurück liegenden Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen? Wenn ja, bitte grob erläutern	JA NEIN					

Haben Sie vor kurzem eine Rehabilitation abgeschlossen? Bitte kurz erläutern	JA NEIN	
Hatten Sie in der Vergangenheit eine Coronavirus Infektion und haben aktuell noch mit den Spätfolgen zu kämpfen? Wenn ja, bitte beschreiben Sie kurz in eigenen Worten:	Ja NEIN	
Falls Sie „geringe“ oder „starke Beeinträchtigung“ angekreuzt haben, so halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem Arzt, ob Sie an diesem Präventionsangebot teilnehmen können. Bei Unsicherheiten können Sie gerne Kontakt mit mir aufnehmen.		

Ich erkläre die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Wenn sich nach dem Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens, während des Kurses Veränderungen ergeben sollten, so teile ich dies der Kursleiterin Christiane Herzog mit.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme auf eigener Gefahr beruht.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Kursanmeldung

Hiermit melde ich mich zu folgendem
Präventionskurs an:

Gesundheitswandern

• **Datum:** _____ **Ort:** _____ **Zeit:** _____

Ihre Daten werden nicht gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen ausschließlich der Kursanmeldung

• **Name** _____

• **Vorname** _____

• **Geburtsdatum** _____

• **Adresse** _____

• **Krankenkasse:** _____

Die obigen Angaben sind hauptsächlich wichtig für die Rückerstattung der anteiligen Kurskosten durch Ihre Krankenkasse

• **Telefon:** _____ **E-mail:** _____

Telefon und e-mail sind wichtig, um Ihnen per mail die Teilnahme zu bestätigen. Die Telefon-Nr. ist wichtig, falls ggf. sich an dem Treffpunkt der Kurseinheit etwas ändern sollte.

• **Mein Wunsch für den Kurs - bitte beschreiben Sie mit eigenen Worten:**

Ort/Datum

Unterschrift

*Die ausgefüllte Anmeldung incl. Gesundheitsfragebogen lassen Sie mir bitte per mail: info@aktivwelten.de
oder per Post an Aktivwelten Christiane Herzog, Eichhof 20, 79263 Simonswald, zukommen.*

Vielen Dank!