

## Fragebogen für die Teilnahme an Präventionskursen (2026)

**Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,**

bitte füllen Sie vor Kursbeginn den Fragebogen wahrheitsgemäß aus, damit eine unbeschwerliche Teilnahme am Kurs möglich ist.

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

Kurs: \_\_\_\_\_

**Bitte kreuzen Sie zutreffendes an.**

**1. Haben Sie schon einmal einen solchen (wie o.g.) Kurs besucht?**

Nein       Ja

**2. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen des Bewegungssystems von einem Arzt festgestellt?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein                                      | <input type="checkbox"/> Arthrose              | <input type="checkbox"/> M. Bechterew         |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall                       | <input type="checkbox"/> Osteoporose           | <input type="checkbox"/> entzündliches Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Skoliose                                  | <input type="checkbox"/> sonstige Rückenleiden |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar _____                  |  |   |
| <input type="checkbox"/> Unfallfolgen/ Operationen, und zwar _____ |  |   |

**2a. Sind Sie zurzeit wegen dieser Erkrankungen in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?**

Nein       Ja

**3. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems oder der Atmungsorgane von einem Arzt festgestellt?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nein                             | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck       | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt                 |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz/ Schwäche       | <input type="checkbox"/> Angina pectoris       | <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung        |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale                | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | <input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetes |
| <input type="checkbox"/> obstruktive Atemwegserkrankungen |  | <input type="checkbox"/> Atemfunktionsstörung        |
| <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar _____         |  |  |

**3a. Sind Sie zurzeit wegen dieser Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?**

Nein       Ja

**3b. Fühlen Sie sich durch die genannte Erkrankung in der körperlichen Aktivität eingeschränkt?**

Nein       Ja

**4. Haben Sie neurologische Erkrankungen?**

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein                     | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose             | <input type="checkbox"/> M. Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                | <input type="checkbox"/> chron. Kopfschmerzen/ Migräne |                                       |
| <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar _____ |  |                                       |

**4a. Sind Sie zurzeit wegen dieser Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?**

Nein       Ja

**5. Liegt eine der folgenden psychischen Erkrankungen bei Ihnen vor?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein                     | <input type="checkbox"/> schizophrene Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Hypochondrie             |
| <input type="checkbox"/> geistige Behinderung     | <input type="checkbox"/> Demenz                    | <input type="checkbox"/> Persönlichkeitsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Angst-/Zwangsstörungen   | <input type="checkbox"/> schwere Depressionen      |   |
| <input type="checkbox"/> sonstige, und zwar _____ |  |   |

**6. Nehmen Sie Medikamente ein?**

Nein       Ja, und zwar \_\_\_\_\_

**6a. Ist dies ein Notfallmedikament?**

Nein       Ja

**7. Sind sie schwanger?**

Nein       Ja

**Haftungsausschlussvereinbarung**

Im Rahmen der Beratungen und Kursangebote werden Ihnen Empfehlungen zu Bewegung und Entspannung, unter anderem auch zu speziellen Krankheitsbildern gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf den von Ihnen gemachten Angaben und werden nach bestem Wissen und Kenntnisstand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue „Dosierung“, entsprechend Ihres Zustandes, notwendig.

Sie haben bereits den Eingangsfragebogen ausgefüllt. Ausdrücklich geben wir deshalb nochmals zu bedenken, dass bei bestimmten Indikationen grundsätzlich das Einverständnis und/oder eine Abklärung mit dem Hausarzt, oder Facharzt notwendig ist. (Die Aufzählung der Erkrankungen im Fragebogen erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit)

**Beachten Sie, dass vor Beginn des Kursangebots und vor allem auch nach der Intervention keine Schmerzen auftreten sollten. In diesem Fall ist der Kursleiter darauf hinzuweisen und zwingend ein Arzt aufzusuchen.**

Alle Kurse in den Bereichen Bewegung und Entspannung/ Stressbewältigung setzen einen guten Gesundheitszustand voraus. Zwar sind auch im Falle einer der genannten Erkrankungen Präventionsprogramme sinnvoll, aber um mögliche Zwischenfälle auszuschließen, ist in allen o.g. Fällen eine medizinische Abklärung notwendig. Sollten Sie in dem ein oder anderen Bereich Probleme haben, z.B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Probleme, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vor der Kursanmeldung mit Ihrem Haus-, Fach- oder Werksarzt.

Jegliche Teilnahme an Bewegungs- bzw. Entspannungsprogrammen erfolgt auf eigene Gefahr und Verantwortung. Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden.

Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme des obigen Sachverhaltes und den Eingangsfragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

Ort.....Datum.....Unterschrift.....