

Fragebogen für die Teilnahme an Präventionskursen (2026)

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

bitte füllen Sie vor Kursbeginn den Fragebogen wahrheitsgemäß aus, damit eine unbeschwerte 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?

- ☐ Nein ☐ schizophrene Erkrankungen ☐ Hypochondrie
☐ geistige Behinderung ☐ Demenz ☐ Persönlichkeitsstörungen
☐ Angst-/Zwangsstörungen ☐ schwere Depressionen
☐ 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 Werkarzt.

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.....