

Lieber Gesundheitskunde,

bitte beantworten Sie uns einige Fragen zu Ihrer Gesundheit um Sie bestmöglichst auf Ihren Weg zu mehr Lebensqualität begleiten zu können. Ihre Angaben sind vertraulich. Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch und kreuzen Sie die zutreffenden Angaben an und ergänzen diese gegebenenfalls.

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter ärztlicher Kontrolle empfohlen? ja nein

Kommen Sie relativ schnell außer Atem bei körperlichen Belastungen? ja nein

Haben Sie Brustschmerzen in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? ja nein

Haben Sie einen zu hohen Blutdruck (über 140/90 mmHg)? ja nein

Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt? ja nein

Leiden Sie unter chronischen Atemwegserkrankungen? ja nein

Haben Sie ein künstliches Gelenk, ein Wirbelsäulen-, Gelenk- oder Bandscheibenproblem, das sich unter Belastung verschlechtern könnte? ja nein

Haben Sie arterielle oder venöse Durchblutungsstörungen? ja nein

Sind Ihnen sonstige Erkrankungen bekannt (wie z.B. Diabetes, Osteoporose Epilepsie, neurologische Erkrankungen,... )? ja nein

Nehmen Sie zur Zeit regelmäßig Medikamente zu sich? (wie z.B. Marcumar, ASS, Betablocker, Schmerzmittel,..) ja nein

Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rates ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben? ja nein

Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit JA beantwortet haben, müssen Sie Ihren Arzt vor der Durchführung der geplanten Maßnahme aufsuchen und sich beraten lassen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich alle obigen Fragen gelesen, verstanden und besten Wissens beantwortet habe und dass ich – gegebenenfalls nach ärztlicher Beratung – auf eigene Verantwortung an der Maßnahme teilnehmen werde.

Ort / Datum

Unterschrift

## UNBEDENKLICHKEITSBESCHEINIGUNG

zur Durchführung von:

REHABILITATIONSMASSNAHMEN

PRÄVENTIONSMASSNAHMEN

TRAININGSMASSNAHMEN

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich

\_\_\_\_\_ Name des Arztes

\_\_\_\_\_ Adresse

dass gegen die für Frau / Herr

\_\_\_\_\_ Name des Patienten

geplante Maßnahme:

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

Bezeichnung der geplanten Maßnahme

ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen.

\_\_\_\_\_ Ort

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Arzt / Stempel