

Vollständiger Name des Teilnehmers:

## Gesundheitsfragebogen

- ★ Bitte sende das ausgefüllte Formular 24 Stunden vor dem ersten Training per E-Mail an [info.mentor4health@gmail.com](mailto:info.mentor4health@gmail.com)

Lieber Teilnehmerin, Lieber Teilnehmer, herzlich willkommen bei Mentor4Health. Ich freue mich, dass Du mit mir trainieren möchtest.

Ich möchte Dich darauf hinweisen, dass deine Daten vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben werden. Ich bitte Dich, die Fragen nach bestem Wissen und Gewissen zu beantworten und eventuelle Zusatzinformationen auszufüllen.

### Persönliche Daten:

Vollständiger  
Name:

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

Adresse:

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Stadt

\_\_\_\_\_  
Staat/Kanton

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl

Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Telefon:

\_\_\_\_\_

E-Mail:

\_\_\_\_\_

Sport /  
Hobbys:

\_\_\_\_\_

Vollständiger Name des Teilnehmers:

---

Beruf:

---

- Stehend
- Sitzen
- Viel Bewegung

**Gesundheitszustand:**

Rundrücken                      JA      NEIN  
                     

Hohlkreuz                      JA      NEIN  
                     

Skoliose                      JA      NEIN  
                     

Verspannung der Muskulatur      JA      NEIN  
                     

Wenn ja,  
wo und  
seit  
wann?

---

Rückenschmerzen                      JA      NEIN  
                     

Wenn ja,  
wo und  
seit  
wann?

---

Vollständiger Name des Teilnehmers:

Gelenkprobleme	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gleitende Wirbel	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osteoarthritis	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hexenschuss	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osteoporose	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rheuma	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Orthopädisch (Hüfte/Knie)	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schwangerschaft	JA	NEIN
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vollständiger Name des Teilnehmers:

Bandscheibenvorfall                      JA    NEIN  
                     

Wenn ja, wo  
und seit  
wann?  
Frühere  
Behandlung  
en?

---

Verletzungen  
(Frakturen/Unfälle)                      JA    NEIN  
                     

Wenn ja,  
wo und seit  
wann?  
Hast Du  
immer  
noch  
Probleme?

---

Herz-Kreislauf-Erkrankungen                      JA    NEIN  
                     

Bluthochdruck                      JA    NEIN  
                     

Pulmonale Erkrankungen/  
Lungenerkrankungen                      JA    NEIN  
                     

Andere?

---



Vollständiger Name des Teilnehmers:

**Motivation für die Kursteilnahme / Ziele:**

- Entspannung
- Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens
- Stressabbau
- Linderung von (Rücken-)Schmerzen
- Stimmungsaufhellung
- Verbesserung oder Wiederherstellung von Mobilität, Flexibilität und Kraft
- Konzentration, Achtsamkeit
- Haltungsschulung
- Eigene Ressourcen aktivieren
- Reduktion von Stresshormonen
- Optimierung des Lebensstils (Verhaltensänderung)
- Verbesserung der Immunabwehr

Ich habe die obigen Fragen gelesen und bestätige, dass ich den Zweck der Umfrage verstanden habe.

Unterschrift:

\_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_