

Bewegungsfragebogen

Name der Patientin/des Patienten: _____

Datum: _____

Welche sportliche Aktivitäten führen Sie durch?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Joggen | <input type="checkbox"/> Radfahren / Heimtrainer | <input type="checkbox"/> Wandern |
| <input type="checkbox"/> Crosstrainer / Stepper | <input type="checkbox"/> Krafttraining | <input type="checkbox"/> Strammes Gehen |
| <input type="checkbox"/> Gymnastik | <input type="checkbox"/> Nordic Walking | <input type="checkbox"/> Schwimmen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, d. h. _____ | | |

Keine

Wie lange betätigen Sie sich in der Woche sportlich?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> weniger als 30 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 30 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 45 Minuten |
| <input type="checkbox"/> ca. 60 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 90 Minuten | <input type="checkbox"/> ca. 120 Minuten |
| <input type="checkbox"/> mehr als 120 Minuten | | |

Wie schätzen Sie dabei Ihre Intensität ein?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> geringe Intensität | <input type="checkbox"/> mittelmäßige Intensität | <input type="checkbox"/> hohe Intensität |
|---|--|--|

Seit wann betreiben Sie Sport?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> seit Kurzem | <input type="checkbox"/> seit ca. ½ Jahr | <input type="checkbox"/> seit ca. 1 Jahr |
| <input type="checkbox"/> länger als 1 Jahr | | |



Sind Sie Mitglied in einem Sportverein / Fitnessstudio?

ja

nein

Ihre früheren sportlichen Aktivitäten?

keine

ab und zu

D regelmäßig, und zwar: _____

Körperliche Einschränkungen

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Kniegelenkerkrankung

Hüftgelenkerkrankung

Rücken- bzw. Wirbelsäulenerkrankungen

Osteoporose

Rheuma

Gicht

Sonstige Erkrankungen des Bewegungsapparates:

Hinweis

Die angegebenen Daten werden nur zu Beratungs- und statistischen Zwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.