



Deutsche Hochschule
für Prävention und Gesundheitsmanagement
University of Applied Sciences

Erfassung des individuellen Gesundheitszustandes, Erfassung gesundheitlicher Risiken

Angaben zu Ihrem Gesundheitsstatus

	Hat jemals ein Arzt eine der nachfolgenden Erkrankungen bei Ihnen festgestellt?
--	---

Herz-Kreislauf-Erkrankungen		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arteriosklerose (Arterienverkalkung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrhythmusstörungen (z. B. Vorhofflimmern)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlaganfall oder Hirninfarkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krebserkrankungen		
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Prostatakrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Darmkrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenkrebs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Stoffwechselerkrankungen		
Diabetes mellitus Typ I (Zuckerkrankheit Typ I)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus Typ II (Zuckerkrankheit Typ II)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erhöhte Cholesterinwerte (erhöhte Blutfettwerte)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankung (Über- oder Unterfunktion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lungenerkrankungen		
Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige Innere Erkrankungen		
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Neurologische Erkrankungen		
Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Parkinson	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psychische Erkrankungen		
Depression	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Burn-Out	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angst- oder Panikstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Essstörung (z. B. Magersucht oder Bulimie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Allgemeine orthopädische Erkrankungen		
Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rheumatische Erkrankungen (z. B. Arthritis, Bechterew)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankungen von Rücken und Wirbelsäule		
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronisch-unspezifischer Rückenschmerz (Rückenschmerzen über Zeitraum > 3 Monate)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hüftschäden/Hüftverletzungen		
Hüft-Arthrose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Künstliches Hüftgelenk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Knieschäden/Knieverletzungen		
Knie-Arthrose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bänderverletzung (z. B. Kreuzbandriss, Innenbandriss)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Meniskus-Schaden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sprunggelenksschäden/Sprunggelenksverletzungen		
Achillessehnenverletzung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bänderverletzung (am Fußknöchel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schulterbeschäden/Schulterverletzungen		
Impingement-Syndrom (Engpass-Syndrom)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schulterluxation (ausgekugelte Schulter)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ellenbogenschäden/Ellobogenverletzungen		
Tennis-Ellenbogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Golfer-Ellobogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Handgelenkschäden/Handgelenkverletzungen		
Sehnenscheidenentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Karpaltunnelsyndrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere Erkrankungen		
1. _____		
2. _____		

Hatten Sie in den letzten <u>vier</u> Wochen Schmerzen in den folgenden Regionen?		
Rücken (inkl. Halswirbelsäulenregion)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schulter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ellenbogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Handgelenk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hüfte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Knie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sprunggelenk (Fußknöchel)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonstige, und zwar: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Gesundheit (PAR-Q Risiko-Screening).

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich/sportlich aktiv sein sollten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

19)	Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, aus welchem Anlass?			

20)	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----	--	-----------------------------	-------------------------------

Zur Blutdrucksenkung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zur Blutfett-/Cholesterinsenkung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gegen Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für die Schilddrüse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Für das Herz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gegen Asthma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zur Blutverdünnung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gegen Entzündungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gegen Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zur Beruhigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gegen Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gegen Depressionen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zu sonstigen Zwecken und zwar ...	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1. _____		
2. _____		