

Mein Energie- und Gesundheitsstatus

Name

1.

Haben Sie öfter oder regelmäßig Schmerzen?

Wenn ja, wo?

Ja

Nein

Seit wann?

2.

Absolvieren Sie ein regelmäßiges Dehnungsprogramm?

Ja

Nein

3.

Betreiben Sie regelmäßig Kraftsport?

Gewichte

Geräte

Übungen mit dem Körpergewicht

Seit wann?

Ja

Nein

Wie oft/Woche?

Wie lange?

4.

Betreiben Sie regelmäßig Ausdauersport?

Wenn ja, was?

Seit wann?

Ja

Nein

Wie oft/Woche?

Wie lange jeweils?

5.

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Wenn ja, was?

Seit wann?

Ja

Nein

Wie oft/Woche?
