

MEIN ENERGIE- UND GESUNDHEITSSTATUS

NAME:

1. Haben Sie öfter oder regelmäßig Schmerzen?

Ja

Nein

Wenn ja, wo?

Seit wann?

2. Absolvieren Sie ein regelmäßiges Dehnungsprogramm?

Ja

Nein

3. Betreiben Sie regelmäßig Kraftsport ?

Ja

Nein

Gewichte

Geräte

Übungen mit dem Körpergewicht

Seit wann?

Wie lange jeweils?

Wie oft / Woche?

4. Betreiben Sie regelmäßig Ausdauersport?

Ja

Nein

Wenn ja, was?

Seit wann?

Wie lange jeweils?

Wie oft / Woche?

5. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Wenn ja, was?

Seit wann?

Wie oft / Woche?

