

Selbstauskunftsbogen zum Präventionsprogramm RV Fit



Um das Präventionsprogramm für Sie so gewinnbringend wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie, uns vorab das folgende Formular auszufüllen.

Name, Vorname	Geburtsdatum
Größe: cm	Gewicht: kg

Bestehende **Funktionseinschränkungen** und von der Norm abweichende Befunde an folgenden Organ-systemen

<input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/> Nervensystem
<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Psyche
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Erläuterung:	
Medikamente:	

Berufliche Belastung

Derzeitige Tätigkeit:		
<input type="checkbox"/> überwiegend sitzend	<input type="checkbox"/> überwiegend gehend	<input type="checkbox"/> Überkopfarbeiten
<input type="checkbox"/> überwiegend stehend	<input type="checkbox"/> überwiegend kniend	<input type="checkbox"/> Lasten tragen
<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Körperliche Aktivität

Sind Sie regelmäßig körperlich aktiv?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche Aktivität?
	Stunden pro Woche
	Stunden pro Woche
	Stunden pro Woche

Ziele und Erwartungen

Welche Veränderungen möchten Sie nach der Prävention für sich erreicht haben? Bitte nennen Sie 3 Ziele.