

Praxis/Klinik
(Stempel)

--

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) ____ - ____

interne Pat.-Nr. _____

Datum ____/____/____

Welche körperlichen Aktivitäten üben Sie regelmäßig aus? Bitte tragen Sie die Sportart(en) in das dafür vorgesehene Kästchen ein:

Sportart (z.B. Laufen,
Radfahren, etc.)

Häufigkeit

Zeit pro Training

	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 2-3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> über 3 Mal pro Woche	_____ Minuten
	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 2-3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> über 3 Mal pro Woche	_____ Minuten
	<input type="checkbox"/> einmal pro Woche <input type="checkbox"/> 2-3 Mal pro Woche <input type="checkbox"/> über 3 Mal pro Woche	_____ Minuten

Praxis/Klinik
(Stempel)

Pat.-Initialen (Vor-Nachname) ____ - ____
interne Pat.-Nr. _____

Datum ____/____/____

Familienstand

- allein stehend
- verheiratet
- in fester Partnerschaft
- geschieden
- verwitwet

Fragen zu Ihrer derzeitigen Situation (Mehrere Antworten sind möglich!)

- Ich bin Hausfrau /Hausmann
- Ich bin Vollzeit berufstätig
- Ich bin Teilzeit- oder stundenweise beschäftigt
- Ich bin selbständig / freiberuflich tätig
- Ich bin arbeitslos gemeldet
- Ich bin vorgezogener Rente bzw. pensioniert
- Ich bin in Rente bzw. pensioniert

Trinken Sie Alkohol?

- Nein, nie
- Ja, bis zu 2-3mal die Woche
- Ja, mindestens 2-3mal die Woche
- ab und zu

Rauchen Sie?

- Nein, noch nie
- Ja, derzeit _____ Zigaretten/Tag
- Gelegenheitsraucher