

Teilnehmer Fragebogen

Angela Talbot

Sport- und Gymnastiklehrerin

Rückenschullehrerin

Physiotherapeutin in der Prävention

Rückenschule-Kurs

Pilates-Kurs

vom _____ bis _____

Sehr geehrte Kursteilnehmerin, sehr geehrter Kursteilnehmer,

wir bitten Sie, sich etwa 5 Minuten Zeit für diesen Fragebogen zu nehmen. Es ist für uns sehr wichtig zu erfahren, ob unser Training Ihnen etwas nützt. Hierzu dient dieser Fragebogen, den wir Ihnen zu Beginn und zum Ende des Kurses vorlegen. Es gibt bei diesen Antworten kein falsch oder richtig. Ihre Auffassung und Angaben sind uns wichtig. Alle Ihre Angaben werden mit höchster Vertraulichkeit behandelt und nur anonym ausgewertet.

Vielen Dank für Ihre Hilfe!

1. Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja

Nein

Wenn „Ja“, wie regelmäßig machen Sie Sport?

(Bitte kreuzen Sie die Antwort an, die am ehesten zutrifft)

Seltener als einmal pro Vierteljahr

Etwa einmal pro Vierteljahr

Etwa einmal pro Monat

Einmal alle 14 Tage

Einmal pro Woche

Mehrmals pro Woche

2. Welche Sportart/-en üben Sie aus?

3. Wie intensiv über Sie Ihren Sport aus?

(z.B. wenn Sie joggen, wie lange laufen sie und eine wie lange Strecke?)

4. Warum treiben Sie Sport?

(Wenn mehrere Felder zutreffen, kreuzen Sie diese an)

- ... weil es Freude macht
- ... aus Pflichtbewußtsein
- ... um abzunehmen / das Gewicht zu halten
- ... auf Empfehlung des Arztes
- ... zur Stoffwechselanregung

Nicht (nur) deswegen, sondern auch weil ich ...

5. Wenn Sie Sport mit anderen oder in der Gruppe machen, fühlen Sie sich selbst dabei ...

- ... eher unterfordert
- ... angemessen gefordert
- ... eher überfordert / unter Druck

6. Wenn Sie Sport machen, fühlen Sie sich dabei ...

- ... eher unmotiviert
- ... mal so, mal so / teils-teils
- ... motiviert

7. Wie dosieren Sie beim Sport Ihre Belastung?

- Ich gehe möglichst an meine Grenzen
- Ich möchte mich nicht überfordern
- Ich möchte mich langsam steigern
- Ich möchte nur meine jetzige Fitness erhalten
- Ich will zügig mehr schaffen

8. Gibt Ihnen Ihr Körper Signale, wenn Sie Ihre Belastungsgrenze erreicht haben?

Ja

Nein

9. Wenn „Ja“, was für Signale sind das?

(z.B. Herzrasen, Druckgefühle, Außer-Atem-sein, Schmerzen ...)

10. Wenn Sie solche Signale wahrnehmen, wie reagieren Sie?

Ich beachte sie nicht

Ich mache weiter, aber belaste mich weniger

Ich breche meine Aktivität ab

11. Haben Sie gegenwärtig Beschwerden am Bewegungsapparat?

(Beschwerden an Muskeln, Gelenken, Rücken, etc.)

Ja

Nein

12. Wenn „Ja“, wo haben Sie Beschwerden?

(z.B. Rückenschmerzen, Knieschmerzen, etc.)

13. Wenn „Ja“, wobei haben Sie Beschwerden?

In Ruhe oder Nachts

Bei der Arbeit / Hausarbeit

Bei Freizeitaktivitäten oder Sport

sonstige Angaben:

14. Haben Sie gegenwärtig Herz-Kreislauf-Probleme?

Ja

Nein

15. Wenn „Ja“, was sind das für Probleme?

(z.B. zu hoher Blutdruck, unregelmäßiger Herzschlag (Rhythmusstörungen), zu niedriger Blutdruck, etc.)

16. Haben Sie gegenwärtig Probleme mit der Atmung?

Ja

Nein

17. Wenn „Ja“, was sind das für Probleme?

(z.B. Atemnot oder Kurzatmigkeit bei Anstrengung, etc.)

18. Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja

Nein

19. Wenn „Ja“, welche Medikamente nehmen Sie ein?

(Geben Sie bitte zu jedem Medikament an, weswegen und wie häufig Sie es einnehmen)

20. Wenn Sie **Beschwerden am Bewegungsapparat** haben, was hilft Ihnen dann am Besten?

(Kreuzen Sie bitte alles an, was auf Sie zutrifft)

- Ruhe und Schonung
- Massage
- Krankengymnastik
- Medikamente
- Akupunktur
- Bewegung in der Freizeit
- Rückenschule
- Spritzen
- Kraustraining an Geräten
- Entspannung / Stressabbau

Ausserdem hilft mir ...

21. Bitte schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand selbst ein?

Sehr schlecht

Sehr gut

- 1 2 3 4 5 6 7

22. Jetzt bitten wir Sie noch, Ihre Schmerzen bzw. Beschwerden einzuschätzen.

Sehr große Beschwerden

Keine Beschwerden

- 1 2 3 4 5 6 7

Nochmals vielen herzlichen Dank für Ihr Feedback und Mitarbeit.