



Name: Geb.datum:
Anschrift:
Telefonnummer: E-Mail:

Fragebogen

1. Sind Sie sportlich aktiv?

X Nein X Ja, wie oft x Woche min

Sportarten:

2. Welche Alltagsbelastungen haben Sie hauptsächlich?

Sitzend stehend abwechselnd viel Bewegung wenig Bewegung

3. Haben Sie zur Zeit Beschwerden?

Nein Ja, in folgendem/n Bereich/en.....

4. Welche Krankheitsbilder treffen auf Sie zu?

Osteoporose Diabetes Bluthochdruck Gicht Asthma Rheuma

Gelenkschmerz:

Rückenbeschwerden:.....

Sonstige:

5. Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche.

Nein Ja,.....

6. Was ist Ihr Ziel für den Kurs?

.....

7. Sind Nordic Walking -Stöcke vorhanden?

Ja Nein, meine Körpergröße beträgt: m

Hiermit bestätige ich, dass ich auf eigene Verantwortung und unter eigenem Versicherungsschutz an diesem Kurs teilnehme. Die Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß meiner datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung einverstanden.

Die Bezahlung der Kursgebühr erfolgt nach der ersten Kurseinheit.

Eine teilweise oder vollständige Rückerstattung bei Nichtteilnahme (Krankheit, Urlaub, etc.) der Kursgebühren ist ausgeschlossen.

.....
Ort, Datum und Unterschrift