

ID-Nr.: \_ \_ \_ \_ \_

Untersuchungsdatum: \_ \_ \_

## PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire)

Beurteilung der Bereitschaft zur körperlichen Aktivität

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?

ja  nein

2. Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?

ja  nein

3. Hatten Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?

ja  nein

4. Haben Sie schon ein-oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein-oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?

ja  nein

5. Haben Sie ein Knochen-oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnte?

ja  nein

6. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?

ja  nein

7. Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rates ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu betreiben?

ja  nein