

# Gesundheitsfragebogen Par-Q

(Physical Activity Readiness Questionnaire)

Für die meisten Personen sollte körperliche Aktivität keine Probleme darstellen oder Schädigungen nach sich ziehen. PAR-Q wurde entwickelt, um die kleine Gruppe von Erwachsenen zu identifizieren, für die körperliche Aktivität nicht geeignet ist oder welche ärztliche Beratung aufsuchen sollten betreffend der für sie geeignetsten Aktivität.

Markieren Sie das entsprechende Feld mit einem Kreuz:

JA NEIN

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, sie hätten ``etwas am Herzen`` und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnte?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ist Ihnen, aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben? (z.B. Epilepsie, DiabetikerIn?) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sind Sie über 45 Jahre alt und ein anstrengendes Training nicht gewohnt?  |

## „JA“ zu einer oder mehreren Fragen

Wenn Sie kürzlich keine ärztliche Untersuchung hatten, dann konsultieren Sie Ihren Arzt BEVOR Sie ihre körperliche Aktivität steigern oder eine Trainingseinheit absolvieren. Teilen Sie ihrem Arzt mit, welche Fragen Sie mit JA markiert haben oder zeigen Sie ihm ihren PAR-Q Test.

## ``NEIN`` zu allen Fragen

Wenn Sie PAR-Q wahrheitsgemäß beantwortet haben so haben Sie eine angemessene Sicherheit, dass Sie im Moment geeignet sind für:  
-eine aufbauendes Trainingsprogramm  
-einen angepasstes Fitnessboxtraining

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Boxen ist ein Hochleistungssport, welcher bewusst an körperliche Grenzen geht und diese zu erweitern versucht. Ich weiss, dass dies eine überdurchschnittliche Kondition und stabile Gesundheit erfordert.   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ich werde verantwortungsvoll mit meinem Körper umgehen: Falls meine körperliche oder geistige Verfassung momentan eingeschränkt ist, melde ich dies dem Coach vor dem Training. Ich werde dann selbständig jene Übungen auslassen oder vereinfachen, welche mir schaden könnten. |

**2x ``ja``:** geeignet für das Boxtraining. Viel Vergnügen!

**Falls 1 oder 2x ``nein``:** persönliches Gespräch mit dem Trainer. Falls danach die beiden Fragen nicht mit ``ja`` beantwortet werden können, musst du dir eine für dich besser geeignete Sportart suchen.

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Bei Unfällen jeder Art lehnt der Club jegliche Haftung ab. Ebenso wird jede Haftung des Vereins gegenüber Dritten, soweit zulässig, abgelehnt. Versicherungsschutz ist Aufgabe des Trainierenden.</b> |
|--------------------------|--------------------------|--|

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefon / Email

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Adresse, Postleitzahl, Ort

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift / Eltern