

TERVEYS/TOIMINTAKYKY – TAUSTA – TOIVEET

HENKILÖTIEDOT

Nimi _____

Syntymäaika _____ Pvm _____

Merkittävä rasti asianomaiseen kohtaan.

TERVEYS / TOIMINTAKYKY

Onko lääkäri todennut teillä seuraavia sairauksia:

	Ei	On	Lääkitys
verenpaineauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sydänsairaus, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
muu hengityselinsairaus, mikä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
selkäsairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
muita sairauksia, mitä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Onko lääkäri antanut sairauksiin liittyen ohjeita liikunnasta? Millaisia?Tunnetteko itsenne terveeksi kyllä en

Mikä vaiva häiritsee liikunnassa eniten? _____

Oletteko kaatunut viimeisen vuoden aikana? kyllä en

Mitä tapahtui? Kuvaile vapaasti tapahtunutta _____

Onko teillä käytössä liikkumisen apuväline?

sisällä: ei kyllä mikä? _____ulkona: ei kyllä mikä? _____

TAUSTA

Aikaisempi tottumuksenne liikunnan harrastamiseen:

Millaisia liikuntatottumuksia Teillä on ollut elämänne aikana?

Tämänhetkinen liikunnanharrastuksenne:

Harjoitan kohtuullisesti rasittavaa liikuntaa

- vähemmän kuin kerran viikossa
- kerran viikossa
- 2-3 kertaa viikossa
- 3 kertaa viikossa tai useammin

Mitä liikuntaa se on ollut _____

TOIVEET

Mitä odotatte saavanne liikunnalta? _____

Muita mielipiteitä liikunnasta? _____

Minulle on selvitetty valitsemani liikuntatuokion sisältö ja osallistun siihen omalla vastuullani.

Paikka _____ Aika _____ / _____ 20 _____

Allekirjoitus _____