

PAR-Q+

„Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone“

Der gesundheitliche Nutzen von Sport und regelmäßiger körperlicher Aktivität ist unbestritten; mehr Menschen sollten sich täglich mehr bewegen. Körperliche Aktivität und Sport (nachfolgend als Bewegung bezeichnet) sind für die MEISTEN Menschen unbedenklich. Dieser Fragebogen gibt Ihnen Auskunft darüber, ob Sie Ihre Ärztin / Ihren Arzt, Physiotherapeut:in oder Sportwissenschaftler:in (nachfolgend als qualifizierte Personen mit Bewegungsexpertise bezeichnet) konsultieren sollten, bevor Sie sich mehr bewegen.

ALLGEMEINE GESUNDHEITSFRAGEN

Bitte lesen Sie die folgenden Fragen genau durch und beantworten Sie jede Frage wahrheitsgemäß. Kreuzen Sie JA oder NEIN an	JA	NEIN
1) Hat Ihnen jemals eine Ärztin / ein Arzt gesagt, dass Sie eine Herzerkrankung ☐ ODER hohen Blutdruck ☐ haben?	☐	☐
2) Haben Sie in Ruhe, bei Aktivitäten des täglichen Lebens ODER bei Bewegung Schmerzen in der Brust?	☐	☐
3) Verlieren Sie manchmal das Gleichgewicht aufgrund von Schwindel ODER haben Sie innerhalb der letzten 12 Monaten mindestens einmal das Bewusstsein verloren? Bitte kreuzen Sie NEIN an, wenn der Schwindel im Zusammenhang mit Hyperventilation oder starker körperlicher Belastung stand.	☐	☐
4) Haben Sie eine diagnostizierte chronische Erkrankung (langandauernd bzw. dauerhaft; ausgenommen Herzerkrankungen und / oder Bluthochdruck)? Wenn ja, geben sie hier bitte die Erkrankung(en) an:	☐	☐
5) Nehmen Sie zurzeit verordnete Medikamente für eine chronische Erkrankung? Wenn ja, geben sie hier bitte die Erkrankung(en) mit jeweiliger Medikation an:	☐	☐
6) Haben Sie zurzeit (oder hatten Sie in den letzten 12 Monaten) ein Problem oder eine Verletzung am Bewegungsapparat (Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen), welche(s) sich durch mehr Bewegung verschlimmern könnte? Falls Sie in der Vergangenheit ein Problem hatten, welches Sie aber nicht in Ihrer jetzigen Bewegungsfähigkeit einschränkt , kreuzen Sie NEIN an. Bitte geben sie hier das Problem/die Verletzung an:	☐	☐
7) Hat Ihnen jemals eine Ärztin / ein Arzt gesagt, dass Sie Bewegung (körperliche Aktivität oder Training) nur unter medizinischer Aufsicht durchführen sollten?	☐	☐



Wenn Sie alle sieben Fragen mit NEIN beantwortet haben, können Sie sich mehr bewegen (körperliche Aktivität oder Training). Bitte unterzeichnen Sie die EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG und überspringen Sie die Seiten 2 und 3.

- ▶ Fangen Sie an, sich mehr zu bewegen – beginnen Sie langsam und steigern Sie sich allmählich.
- ▶ Folgen Sie den „Nationalen Bewegungsempfehlungen“ Ihrer Altersgruppe: www.bundesgesundheitsministerium.de
- ▶ Sie können wahlweise eine Gesundheitsuntersuchung (z.B. Vorsorgeuntersuchung) oder Leistungsdiagnostik durchführen lassen. Wenn Sie älter als 45 Jahre sind und NICHT an ein regelmäßiges Training mit starker bis maximaler Belastungsform gewöhnt sind, konsultieren Sie bitte vor solch intensiven Trainingseinheiten eine Ärztin / einen Arzt oder eine qualifizierte Person mit Bewegungsexpertise.
- ▶ Wenn Sie weitere Fragen haben, wenden Sie sich an eine Ärztin / einen Arzt oder eine qualifizierte Person mit Bewegungsexpertise.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Wenn Sie noch nicht volljährig sind oder die Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters (z.B. Eltern, Vormund, Betreuer:in) benötigen, müssen diese ebenfalls unterschreiben.

Hiermit bestätige ich, dass ich den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Freigabe für mehr Bewegung ab Ausfülldatum für maximal 12 Monate gültig ist und ungültig wird, falls mein (gesundheitlicher) Zustand sich verändert. Ich bin damit einverstanden, dass mein Verein, Fitnessstudio, Sport- oder Gesundheitseinrichtung bei Bedarf eine Kopie meines ausgefüllten Fragebogens aufbewahrt. Entsprechend der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) wird die Vertraulichkeit der Kopie gewahrt.

NAME: _____

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT: _____

UNTERSCHRIFT GESETZLICHE VERTRETUNG (FALLS NÖTIG): _____



Wenn Sie mindestens eine der sieben Fragen mit JA beantwortet haben, FÜLLEN SIE BITTE DIE SEITEN 2 UND 3 AUS.



Bitte warten Sie damit, sich mehr zu bewegen, wenn:

- ✔ Sie momentan erkältet / krank sind oder Fieber haben. In dem Fall ist es ratsam, die vollständige Genesung abzuwarten.
- ✔ Sie schwanger sind – sprechen Sie mit Ihrer zuständigen Ärztin / Ihrem zuständigen Arzt, Frauenärztin / Frauenarzt oder Hebamme und / oder nutzen Sie den ePARmed-X+-Fragebogen auf www.eparmedx.com, bevor Sie sich mehr bewegen.
- ✔ Sich Ihr Gesundheitszustand ändert – Beantworten Sie die Fragen auf Seite 2 bis 3 dieses Fragebogens und / oder sprechen Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder qualifizierte Person mit Bewegungsexpertise, bevor Sie mit Ihrem Bewegungsprogramm fortfahren.

1. Haben Sie eine Gelenkerkrankung (Arthrose, Arthritis), Osteoporose oder Rückenbeschwerden?

Wenn mindestens eine dieser Erkrankungen/ Beschwerden vorliegt, beantworten Sie die Fragen 1a-1c.

Wenn **NEIN** ☐ fahren Sie mit Frage 2 fort.

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1a. | Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Beschwerden mit Medikamenten oder anderen ärztlich verordneten Therapien zu kontrollieren?
(Antworten Sie mit NEIN , wenn Sie zurzeit keine Medikamente einnehmen bzw. keine anderen verordneten Therapien erhalten) | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 1b. | Haben Sie Gelenkschmerzen, kürzlich einen Knochenbruch erlitten (auch durch Osteoporose oder eine Krebserkrankung), Wirbelgleiten (Spondylolisthesis) und / oder eine Spondylolyse (Riss/Spalt im knöchernen Bogen eines Wirbelkörpers)? | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 1c. | Hatten Sie eine Steroidbehandlung (z.B. Kortison) als Injektion oder über Tabletten für mehr als 3 Monate? | JA ☐ | NEIN ☐ |

2. Haben Sie aktuell eine Krebserkrankung?

Wenn ja, beantworten Sie die Fragen 2a-2b.

Wenn **NEIN** ☐ fahren Sie mit Frage 3 fort.

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 2a. | Handelt es sich bei der Krebserkrankung um einen der folgenden Arten: Lungen- / Bronchialkarzinom, Multiples Myelom (Plasmazellerkrankung der Knochen und des Knochenmarks, z.B. Plasmozytom) oder Kopf-Hals-Tumore? | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 2b. | Erhalten Sie zurzeit eine Krebstherapie (z.B. Chemo- oder Strahlentherapie)? | JA ☐ | NEIN ☐ |

3. Haben Sie ein Herz-Kreislauf- oder Gefäß-Erkrankung? (z.B. Koronare Herzkrankheit / KHK, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen)

Wenn mindestens eine der Erkrankungen vorliegt, beantworten Sie die Fragen 3a-3d.

Wenn **NEIN** ☐ fahren Sie mit Frage 4 fort.

- | | | | |
|-----|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 3a. | Haben Sie Schwierigkeiten, Ihre Erkrankung mit Medikamenten oder anderen verordneten Therapien unter Kontrolle zu bringen?
(Antworten Sie mit NEIN , wenn Sie zurzeit keine Medikamente einnehmen bzw. keine anderen verordneten Therapien erhalten) | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 3b. | Haben Sie Herzrhythmusstörungen, die medizinisch behandelt werden müssen?
(z.B. Vorhofflimmern, ventrikuläre Extrasystolen) | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 3c. | Haben Sie eine Herzinsuffizienz (Herzschwäche)? | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 3d. | Haben Sie eine diagnostizierte koronare Herzkrankheit (KHK) und haben Sie sich in den letzten 2 Monaten nicht regelmäßig bewegt? | JA ☐ | NEIN ☐ |

4. Haben Sie Bluthochdruck?

Wenn ja, beantworten Sie die Fragen 4a-4b.

Wenn **NEIN** ☐ fahren Sie mit Frage 5 fort.

- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 4a. | Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Erkrankung mit Medikamenten oder anderen verordneten Therapien unter Kontrolle zu bringen? (Antworten Sie mit NEIN , wenn Sie zurzeit keine Medikamente nehmen bzw. keine anderen verordneten Therapien erhalten) | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 4b. | Ist Ihr Blutdruck in Ruhe höher oder gleich 160 / 90 mmHg (mit oder ohne medikamentöse Therapie)? (Antworten Sie mit JA wenn Sie Ihren Blutdruck in Ruhe nicht kennen) | JA ☐ | NEIN ☐ |

5. Haben Sie eine Stoffwechselerkrankung? (z.B. Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 oder Prä- Diabetes oder eine Leber- / Nierenerkrankung)

Wenn mindestens eine der Erkrankungen vorliegt, beantworten Sie die Fragen 5a-5e.

Wenn **NEIN** ☐ fahren Sie mit Frage 6 fort.

- | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 5a. | Haben Sie Schwierigkeiten Ihren Blutzuckerspiegel durch Ernährung, Medikamente oder andere ärztlich verordnete Therapien zu kontrollieren? | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 5b. | Leiden Sie häufig an Symptomen einer Unterzuckerung (Hypoglykämie) nach Sport und / oder bei alltäglichen Aktivitäten?
Mögliche Symptome sind: Zittern, Nervosität, ungewohnte Reizbarkeit, exzessives Schwitzen, Schwindel oder Benommenheit, Verwirrtheit, Sprechstörungen, Schwäche oder Müdigkeit. | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 5c. | Haben Sie Anzeichen oder Symptome, die auf Diabeteskomplikationen zurückzuführen sind, wie Herz- oder Gefäßerkrankungen, Augen- oder Nierenschäden ODER Missempfindungen in den Füßen und Zehen? | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 5d. | Haben Sie andere Stoffwechselerkrankungen (wie Schwangerschaftsdiabetes, chronische Nierenerkrankung oder Probleme mit der Leber)? | JA ☐ | NEIN ☐ |
| 5e. | Planen Sie in nächster Zeit ein Training mit für Sie ungewohnt hoher Intensität durchzuführen? | JA ☐ | NEIN ☐ |

6. Haben Sie psychische Erkrankungen oder eine Lernbeeinträchtigung? (z.B. Alzheimer-Krankheit oder eine andere Form von Demenz, Depression, Angststörungen, Essstörungen, Psychosen, geistige Behinderung, Down-Syndrom/Trisomie 21)

Wenn **NEIN** ☐ fahren Sie mit Frage 7 fort.

Wenn mindestens eine dieser Erkrankungen / Beschwerden vorliegt, beantworten Sie die Fragen 6a-6b.

6a.	Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Erkrankung mit Medikamenten oder anderen verordneten Therapien unter Kontrolle zu bringen? (Antworten Sie mit NEIN , wenn Sie zurzeit keine Medikamente einnehmen bzw. keine anderen verordneten Therapien erhalten)	JA ☐	NEIN ☐
6b.	Haben Sie ein Down-Syndrom UND Rückenbeschwerden, die Muskeln oder Nerven betreffen?	JA ☐	NEIN ☐

7. Haben Sie eine Erkrankung der Atemwege? (z.B. COPD / chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Asthma, Lungenhochdruck / pulmonale Hypertonie)

Wenn **NEIN** ☐ fahren Sie mit Frage 8 fort.

Wenn mindestens eine der Erkrankungen vorliegt, beantworten Sie die Fragen 7a-7d.

7a.	Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Erkrankung mit Medikamenten oder anderen verordneten Therapien unter Kontrolle zu bringen? (Antworten Sie mit NEIN , wenn Sie zurzeit keine Medikamente nehmen bzw. keine anderen verordneten Therapien erhalten)	JA ☐	NEIN ☐
7b.	Hat Ihnen jemals eine Ärztin / ein Arzt oder eine qualifizierte Person mit Bewegungsexpertise gesagt, dass die Sauerstoffsättigung Ihres Blutes in Ruhe oder bei Anstrengung zu niedrig ist und / oder dass Sie eine Sauerstoffgabe benötigen?	JA ☐	NEIN ☐
7c.	Wenn Sie Asthmatiker:in sind: Haben Sie Beschwerden wie Engegefühl in der Brust, Giemen (Pfeifen, Rasseln), erschwerte Atmung, anhaltender Husten (mehr als 2 Tage / Woche) oder mussten Sie Ihre Notfallmedikation mehr als zweimal in der letzten Woche einnehmen?	JA ☐	NEIN ☐
7d.	Hat eine Ärztin / ein Arzt bei Ihnen jemals einen zu hohen Blutdruck in den Blutgefäßen der Lunge festgestellt (Lungenhochdruck / pulmonale Hypertonie)?	JA ☐	NEIN ☐

8. Haben Sie eine Verletzung des Rückenmarks? (z.B. Tetraplegie / Lähmung aller Extremitäten, Paraplegie / Lähmung der Beine)?

Wenn **NEIN** ☐ fahren Sie mit Frage 9 fort.

Liegt solch eine Verletzung vor, beantworten Sie die Fragen 8a-8c.

8a.	Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Erkrankung mit Medikamenten oder anderen verordneten Therapien zu kontrollieren? (Antworten Sie mit NEIN , wenn Sie zurzeit keine Medikamente einnehmen bzw. keine anderen verordneten Therapien erhalten)	JA ☐	NEIN ☐
8b.	Haben Sie typischerweise einen so niedrigen Blutdruck in Ruhe, dass Sie dadurch Schwindel oder Benommenheit empfinden und/oder eine Ohnmacht erleiden?	JA ☐	NEIN ☐
8c.	Hat Ihre Ärztin / Ihr Arzt Ihnen gesagt, dass Sie manchmal anfallsartig hohe Blutdruckwerte haben (Autonome Dysreflexie)?	JA ☐	NEIN ☐

9. Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? (z.B. transitorische ischämische Attacke / TIA, Hirninfarkt oder Hirnblutung)

Wenn **NEIN** ☐ fahren Sie mit Frage 10 fort.

Wenn mindestens eine der Erkrankungen vorliegt, beantworten Sie die Fragen 9a-9c.

9a.	Haben Sie Schwierigkeiten Ihre Erkrankung mit Medikamenten oder anderen verordneten Therapien unter Kontrolle zu bringen? (Antworten Sie mit NEIN , wenn Sie zurzeit keine Medikamente nehmen bzw. keine anderen verordneten Therapien erhalten)	JA ☐	NEIN ☐
9b.	Bestehen bei Ihnen Einschränkungen hinsichtlich des Gehens oder Ihrer Mobilität?	JA ☐	NEIN ☐
9c.	Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Schlaganfall oder eine Beeinträchtigung der Nerven oder der Muskulatur?	JA ☐	NEIN ☐

10. Wurden bei Ihnen mindestens eine andere, hier nicht erwähnte Erkrankung diagnostiziert oder haben Sie mindestens zwei der bereits genannten Erkrankungen (Fragen 1-9)?

Wenn **NEIN** ☐ lesen Sie bitte die Empfehlungen auf Seite 4.

Wenn anderweitige oder mindestens zwei von den bereits genannten Erkrankungen bei Ihnen vorliegen, beantworten Sie die Fragen 10a-10c.

10a.	Hatten Sie in den letzten 12 Monaten infolge einer Kopfverletzung einen Ohnmachtsanfall oder einen Bewusstseinsverlust ODER hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine diagnostizierte Gehirnerschütterung?	JA ☐	NEIN ☐
10b.	Haben Sie eine hier nicht erwähnte, diagnostizierte Erkrankung (z.B. Epilepsie, neurologische Störungen, Probleme mit den Nieren)?	JA ☐	NEIN ☐
10c.	Haben Sie aktuell zwei oder mehr Erkrankungen?	JA ☐	NEIN ☐

BITTE GEBEN SIE HIER IHRE ERKRANKUNGEN UND JEDLICHE DAZU VERORDNETE MEDIKATION AN:

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Empfehlungen bzgl. Ihrer Erkrankung(en) und unterzeichnen Sie die EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG.



Wenn Sie alle ERGÄNZENDEN FRAGEN (Seite 2 und 3) bzgl. Ihrer Erkrankung mit NEIN beantwortet haben, können Sie sich mehr bewegen – Bitte unterzeichnen Sie die untenstehende EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG:



Für die Entwicklung eines für Sie sicheren, effektiven und auf Ihre Gesundheitsbedürfnisse abgestimmten Bewegungsprogramms wird empfohlen, eine qualifizierte Person mit Bewegungsexpertise oder eine Ärztin / einen Arzt zu konsultieren.



Es wird empfohlen, langsam zu starten und allmählich zu steigern: 3-5 Mal pro Woche je 20-60 Minuten Bewegung mit leichter bis moderater Intensität, darunter auch Ausdauer- und Kräftigungstraining.



Zur Steigerung sollten Sie eine Gesamtzeit von 150 Minuten Bewegung pro Woche oder mehr mit moderater Intensität anstreben.



Wenn Sie älter als 45 Jahre sind und **NICHT** an ein regelmäßiges Training mit intensiver bis maximaler Anstrengung gewöhnt sind, konsultieren Sie bitte vor der weiteren Intensitätssteigerung eine Ärztin / einen Arzt oder eine qualifizierte Person mit Bewegungsexpertise.



Wenn Sie mindestens eine der ergänzenden Fragen (Seite 2 und 3) mit JA beantwortet haben, sollten Sie weitere Informationen einholen, bevor Sie sich mehr bewegen oder einen Fitness- oder Leistungstest durchführen lassen.

Sie sollten das speziell dafür entwickelte Online Instrument **ePARmed-X+** (www.eparmedx.com) zum Screening und für Trainingsempfehlungen selbstständig ausfüllen oder dieses zusammen mit einer Ärztin / einem Arzt oder einer qualifizierten Person mit Bewegungsexpertise durchgehen.



Bitte warten Sie damit, sich mehr zu bewegen, wenn:



Sie momentan erkältet / krank sind oder Fieber haben. In dem Fall ist es ratsam, die vollständige Genesung abzuwarten.



Sie schwanger sind – sprechen Sie mit Ihrer zuständigen Ärztin / Ihrem zuständigen Arzt, Frauenärztin / Frauenarzt oder Hebamme und / oder nutzen Sie den ePARmed-X+-Fragebogen auf www.eparmedx.com, bevor Sie sich mehr bewegen.



Sich Ihr Gesundheitszustand ändert – sprechen Sie mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt oder einer qualifizierten Person mit Bewegungsexpertise bevor Sie mit Ihrem Bewegungsprogramm fortfahren.



Sie können den PAR-Q+ gerne kopieren. Bitte nutzen Sie den vollständigen Fragebogen, an dem KEINE Änderungen vorgenommen werden dürfen.



Die Autor:innen, die PAR-Q+ Kooperationspartner:innen, Partnerorganisationen und deren Vertreter:innen übernehmen keine Haftung für Personen, die Bewegungsaktivitäten durchführen und / oder sich am PAR-Q+ oder dem ePARmed-X+ orientieren. Wenn Sie nach dem Ausfüllen dieses Fragebogens nicht sicher sind, konsultieren Sie Ihre Ärztin / Ihren Arzt, bevor Sie sich mehr bewegen.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Personen, die den PAR-Q+ ausgefüllt haben, lesen und unterzeichnen bitte folgende Einverständniserklärung.

Wenn Sie noch nicht volljährig sind oder die Einwilligung eines gesetzlichen Vertreters (z.B. Eltern, Vormund, Betreuer:in) benötigen, müssen diese ebenfalls unterschreiben.

Hiermit bestätige ich, dass ich den Fragebogen vollständig gelesen, verstanden und ausgefüllt habe. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Freigabe für mehr Bewegung ab Ausfülldatum für maximal 12 Monate gültig ist und ungültig wird, falls mein (gesundheitlicher) Zustand sich verändert. Ich bin damit einverstanden, dass mein Verein, Fitnessstudio, Sport- oder Gesundheitseinrichtung bei Bedarf eine Kopie meines ausgefüllten Fragebogens aufbewahrt. Entsprechend der Europäischen Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) wird die Vertraulichkeit der Kopie gewahrt.

NAME: _____

DATUM: _____

UNTERSCHRIFT: _____

UNTERSCHRIFT GESETZLICHE VERTRETUNG (FALLS NÖTIG): _____

Für weitere Informationen kontaktieren Sie bitte:

www.eparmedx.com | www.hs-gesundheit.de/PARQ | PARQ@hs-gesundheit.de

Zitationsangabe für den PAR-Q+

Warburton DER, Jamnik VK, Bredin SSD, and Gledhill N on behalf of the PAR-Q+ Collaboration. The Physical Activity Readiness Questionnaire for Everyone (PAR-Q+) and Electronic Physical Activity Readiness Medical Examination (ePARmed-X+). Health & Fitness Journal of Canada 4(2):3-23, 2011.

Der PAR-Q+ wurde unter Verwendung des evidenzbasierten AGREE-Prozesses (1) von der PAR-Q+ Collaboration unter dem Vorsitz von Dr. Darren E. R. Warburton mit Dr. Norman Gledhill, Dr. Veronica Jamnik und Dr. Donald C. McKenzie (2) erstellt. Die Erstellung dieses Dokuments wurde ermöglicht durch finanzielle Unterstützung der "Public Health Agency of Canada" und des "BC Ministry of Health Services". Die hier geäußerten Ansichten geben nicht unbedingt die Ansichten der „Public Health Agency of Canada“ oder des „BC Ministry of Health Services“ wieder.

Hauptreferenzen

1. Jamnik VK et al. Enhancing the effectiveness of clearance for physical activity participation; background and overall process. APNM 36(S1):S3-S13, 2011.
2. Warburton DER et al. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance; Consensus Document. APNM 36(S1):S266-s298, 2011.
3. Chisholm DM et al. Physical activity readiness. British Columbia Medical Journal. 1975;17:375-378.
4. Thomas S et al. Revision of the Physical Activity Readiness Questionnaire (PAR-Q). Canadian Journal of Sport Science 1992;17:4 338-345.

Übersetzung und interkulturelle Anpassung der deutschsprachigen Version des PAR-Q+ Fragebogen:

Tobias Braun, Alina Rieckmann, Annika Glöckl, Cheyenne Hanna Haugwitz-Mayall, Christian Thiel. Hochschule für Gesundheit Bochum.