

Geschlecht männlich weiblich
 Vorname _____
 Nachname _____
 Strasse _____
 PLZ/Ort _____
 Geb.-Datum _____
 Telefon Privat _____
 Telefon Mobile _____
 Erreichbar Mo-Fr/Sa/So ab _____ Uhr
 E-Mail _____
 Beruf _____
 Krankenkasse _____

Terminart _____
 Datum _____
 Trainer _____

»» Persönliche Fragen

1. Haben Sie schon einmal Fitness gemacht? Ja Nein
 Wenn ja, wie oft pro Woche? _____
 2. Betreiben Sie heute regelmässig Sport? Ja Nein
 Wenn ja, wie oft pro Woche? _____
 3. Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Fitness?
 schlecht genügend mittel gut sehr gut
 4. Trainingsziele
 Allg. Fitness Fettabbau Stressabbau
 Gute Figur Muskelaufbau Ausgleichstraining
 Gute Haltung Herz- & Kreislauftraining Sportartspezifisch
 Schmerzen lindern Gleichgewicht Rückentraining
 Gute Beweglichkeit Gesundheit verbessern Selbstbewusstsein stärken
 Sonstige _____
 5. Ihr Wichtigstes Trainingsziel?

 6. Ihre Zeitvorstellung für Ihre Zielerreichung?

 7. Wie oft wollen Sie sich Zeit nehmen für Ihr persönliches Training?
 1-2 x pro Woche 2-3 x pro Woche 4 x und öfter pro Woche

»» Medizinische Fragen / Beschwerden

1. Wirbelsäule Ja Nein
 HWS BWS LWS Verspannung
 Bemerkung _____
 2. Gelenke Ja Nein
 Hüfte Knie Schulter Fuss
 Ellbogen Hand
 Bemerkung _____
 3. Beschwerden unter körperlicher Belastung Ja Nein
 Bemerkung _____

4. Erkrankungen der Atemwege Ja Nein
 Asthma Bronchitis Insuffizienz
 5. Stoffwechselerkrankungen Ja Nein
 Schilddrüse Diabetes Sonstige
 6.a) Operationen Ja Nein
 Bemerkung _____
 6.b) Beschwerden infolge einer Operation Ja Nein
 7. Medikamente Ja Nein
 Beta-Blocker Bluthochdruck
 Blutgerinnungshemmer Osteoporosemed
 Schmerzmittel Blutzuckersenkter
 Sonstige Antidepressiva
 Bemerkung _____
 8. Schwangerschaft Ja Nein
 9. Sind Sie zurzeit in ärztl. oder therap.Behandlung? Ja Nein
 Bemerkung _____
 10. Machen Sie zurzeit eine Diät? Ja Nein
 11. Wurde jemals ein Belastungs-EKG durchgeführt? Ja Nein
 12. Leiden Sie unter Stress? Ja Nein
 Skala 1-10 (1=wenig / 10=viel Stress) _____

»» Risikofaktoren

13. Alter über 45 10 über 35 4 bis 35 0
 14. Geschlecht männlich 2 weiblich 0
 15. Pers. Fragen Herzfehler/ Infarkt 40 ICD 40
 Rhythmusstörung 40 Schrittmacher 40
 keine Herzschwäche 0
 16. Familien Herzinfarkt vor 60 16 Herinfarkt nach 60 6
 kein Herzinfarkt 0
 17. Blutdruck Bluthochdruck behandelt 4 Wert unbekannt 4
 Bluthochdruck unbehandelt 8 normal/tief 0
 18. Rauchen mehr als 2 Packungen 10 1-2 Packungen 6
 weniger als 1 Packung 3 Nichtraucher 0
 19. Gewicht Übergewichtig 4 Normalgewicht 0
 (Grösser -100/+10%) _____
 Grösse _____ Gewicht _____
 20. Bewegung kein Training 10
 Regelmässig 1x pro Woche (min. 20min) 2
 mind. 2x pro Woche (min. 20min) 0

Total Punkte _____

>40 Arztbesuch empfohlen 20-30 Gesundheitstraining 0-19 keine Trainingseinschränkungen

Ich bestätige die Richtigkeit obenstehender Angaben.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Kunden _____