

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

Terminart \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_  
 Trainer \_\_\_\_\_

## >>> Persönliche Fragen

- Haben Sie schon einmal Fitness gemacht?  Ja  Nein  
 Wenn ja, wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_
- Betreiben Sie heute regelmässig Sport?  Ja  Nein  
 Wenn ja, wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_
- Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Fitness?  
 schlecht  genügend  mittel  gut  sehr gut
- 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 \_\_\_\_\_
- Ihr wichtigstes Trainingsziel?  
 \_\_\_\_\_
- Ihre Zeitvorstellung?  
 \_\_\_\_\_
- 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

- Wirbelsäule  Ja  Nein  
 HWS  BWS  LWS  Verspannung  
 Bemerkung \_\_\_\_\_
- Gelenke  Ja  Nein  
 Hüfte  Knie  Schulter  Fuss  
 Ellbogen  Hand  
 Bemerkung \_\_\_\_\_
- Beschwerden unter körperlicher Belastung  Ja  Nein  
 Bemerkung \_\_\_\_\_

- Erkrankungen der Atemwege  Ja  Nein  
 Asthma  Bronchitis  Insuffizienz
- Stoffwechselerkrankungen  Ja  Nein  
 Schilddrüse  Diabetes  Sonstige
- Operationen  Ja  Nein  
 Bemerkung \_\_\_\_\_
- Beschwerden infolge einer Operation  Ja  Nein
- Medikamente  
 Beta-Blocker  Bluthochdruck  
 Blutgerinnungshemmer  Osteoporosemed  
 Schmerzmittel  Blutzuckersenkern  
 Sonstige  Antidepressiva  
 Bemerkung \_\_\_\_\_
- Schwangerschaft  Ja  Nein
- Sind Sie zurzeit in ärztl./therap. Behandlung?  Ja  Nein  
 Bemerkung \_\_\_\_\_
- Machen Sie zurzeit eine Diät?  Ja  Nein
- Wurde jemals ein Belastungs-EKG durchgeführt?  Ja  Nein
- Leiden Sie unter Stress?  Ja  Nein  
 Skala 1-10 (1=wenig / 10=viel Stress) \_\_\_\_\_

## >>> Risikofaktoren

- Alter  über 45  über 35  bis 35
- Geschlecht  männlich  weiblich
- Pers. Fragen  Herzfehler/Infarkt  ICD  
 Rythmusstörung  Schrittmacher  
 keine Herzschwäche
- Familie  Herzinfarkt vor 60  Herzinfarkt nach 60  
 kein Herzinfarkt
- Blutdruck  Bluthochdruck behandelt  Wert unbekannt  
 Bluthochdruck unbehandelt  normal/tief
- Rauchen  mehr als 2 Pck.  1-2 Pck.  
 weniger als 1 Pck.  Nichtraucher
- Gewicht  übergewichtig  Normalgewicht  
 (Grösser -100/+10%) \_\_\_\_\_  
 Grösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_
- Bewegung  kein Training  
 Regelmässig 1x pro Woche (mind. 20Min.)  
 mind. 2x pro Woche (mind. 20Min.)
- Bemerkung \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit obenstehender Angaben.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kunden \_\_\_\_\_