

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 _____