



GÄSTETRAINING

FITNESS

KURSE : _____

DATUM: _____ BETREUER: _____

PERSÖNLICHE FRAGEN

NAME: _____

VORNAME: _____

BERUF: _____

STRASSE: _____

PLZ/WOHNORT: _____

TELEFON: P: _____ G: _____

N: _____

e-mail: _____

GEBURTSDATUM: TAG: _____ MONAT: _____ JAHR: _____

KRANKENKASSE: _____

ZUSATZ-VERSICHERUNG: _____

WAS SIND IHRE HOBBIES?

BETREIBEN SIE REGELMÄSSIG SPORT? JA NEIN

WENN JA, WAS UND WIE OFT IN DER WOCHE?

WIE LANGE ÜBERLEGEN SIE SICH SCHON MIT
FITNESSTRAINING ZU BEGINNEN?

WAREN SIE SCHON MITGLIED IN EINEM FITNESSCENTER?
 JA NEIN

WENN JA, WANN WAR DAS UND WIE OFT PRO WOCHE?

WAS ERWARTEN SIE VOM HEUTIGEN TRAINING?

WAS SIND IHRE TRAININGSZIELE?

WIE OFT PRO WOCHE KÖNNEN/WOLLEN SIE SICH FÜR IHR
PERSÖNLICHES TRAINING ZEIT NEHMEN?

1x 2x 3x MEHR _____ PRO WOCHE

WIEVIEL ZEIT KÖNNEN/WOLLEN SIE SICH FÜR IHRE
TRAININGSEINHEIT NEHMEN?

45 MIN. 60 MIN. 75 MIN. MEHR _____

WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

WARUM HABEN SIE UNS AUSGEWÄHLT?

GESUNDHEITS FRAGEN

RÜCKENPROBLEME? JA NEIN

ISG, LWS, BWS, HWS

GELENKPROBLEME? JA NEIN

FUSS, KNIE, HÜFT, SCHULTER, ELLBOGEN, HAND

OPERATIONEN? JA NEIN

ASTHMA? JA NEIN _____

KRAMPFADERN? JA NEIN _____

STRESS? JA NEIN _____

MEDIKAMENTE? JA NEIN _____

BRONCHITIS JA NEIN _____

ÄRZTLICHE BEHANDLUNG? JA NEIN _____

THERAPEUTISCHE BEHANDLUNG? JA NEIN _____

**BESCHWERDEN UNTER
KÖRPERLICHER BELASTUNG?** JA NEIN _____

**STOFFWECHSELERKRANKUNGEN
(SCHILDDRÜSE, BLUTZUCKER)?** JA NEIN _____

SCHWANGERSCHAFT? JA NEIN _____

BLASENSCHWÄCHE? JA NEIN _____

MACHEN SIE ZURZEIT EINE DIÄT? JA NEIN _____

**WURDE JEMALS EIN EKG
DURCHGEFÜHRT?** JA NEIN _____

Risikofaktoren

ALTER	ÜBER 45	10
	ÜBER 35	4
	BIS 35	0

HERZ- KREISLAUF	HERZFEHLER	40
	HERZINFARKT	40
	RYTHMUSSTÖRUNGEN	40
	KEINE HERZSCHWÄCHE	0

FAMILIE	HERZINFARKT VOR 60	16
	HERZINFARKT NACH 60	6

BLUTDRUCK	HOCH	8
	UNBEKANNT	4
	NORMAL/TIEF	0

GEWICHT	ÜBERGEWICHT	4
	NORMALGEWICHT	0

KG	GRÖSSE	
-----------	---------------	--

PUNKTEZAHL **Total:** _____

35 UND MEHR: ARZTBESUCH EMPFOHLEN
0-35 GESUNDHEITSTRAINING
0-19 KEINE EINSCHRÄNKUNG

Datum: _____

Unterschrift: _____