

Eintrittsfragebogen

Wir bitten Sie, alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu zu beantworten. Sämtliche Informationen werden von uns vertraulich behandelt und dienen dazu, Ihre Trainingsziele, -einschränkungen und -kontraindikationen zu erfassen. Auf dieser Grundlage ist es uns möglich, ein optimal auf Sie abgestimmtes Trainingsprogramm zusammenzustellen.

A Personalien

Name..... Vorname.....
 Adresse
 PLZ Ort.....
 Tel. Mobile.....
 Email
 Geb.datum..... Beruf.....
 Grösse Gewicht

B Gesundheitliche Voraussetzungen

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Letzter medizinischer Check-up: Jahr
 Durchgemachte Operationen:
 Augen/Ohren Bauch Gelenk
 Hernie Herz Kopf/Nacken
 Lunge Rücken Andere
 Bemerkungen

Allgemeinzustand: Hat Ihr Arzt je gesagt, dass Sie
 a) unter Herzproblemen leiden? Ja Nein
 b) einen hohen Blutdruck haben? Ja Nein
 c) unter Lungenproblemen leiden? Ja Nein

Leiden Sie unter folgenden gesundheitlichen Problemen?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Bronchitis | <input type="checkbox"/> Beinschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Brust-/Armschmerz | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Muskelbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Rückenprobleme | <input type="checkbox"/> Schwindelanfälle | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> andere |

Medikamente in den letzten 6 Monaten? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

Haben Sie im Moment Fieber oder vor kurzem eine infektiöse Krankheit gehabt? Ja Nein
 Andere Probleme, bei denen von einem Training abgeraten werden könnte? Ja Nein

C Sportliche und berufliche Tätigkeit

Berufliche Tätigkeit: wöchentliche Arbeitszeit: <20 20-44 45-60 >60 Stunden
 Mehr als 25% der täglichen Arbeitszeit: Sitzen Heben/Tragen Stehen Gehen

Trainieren Sie regelmässig? Ja Nein
 Welche Sportart(-en)?
 Wie oft pro Woche trainieren Sie während mindestens 20 Minuten? Mal

D Motivation/Ziele

Welches ist Ihre Motivation, ein regelmässiges Training zu beginnen?
 allg. Fitness Haltung Ergänzungstraining verminderte Leistungsfähigkeit
 Übergewicht Leistung Bewegungsmangel Rehabilitation andere

Welches sind Ihre Trainingsziele?

Datum Datum

Unterschrift Trainingsleiter