

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:

Durchgemachte Operationen:

..... Jahr

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?

Atemnot Asthma Bronchitis Beinschmerzen
 Brust-/Armschmerz Gelenkprobleme Osteoporose Muskelbeschwerden
 Rückenprobleme Schwindelanfälle Kopfschmerzen 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