Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Um Sie bestmöglich beraten zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Gesundheitsfragebogen auszufüllen und beim ersten Termin mitzubringen oder vorgängig an die angegebene E-Mail Adresse zu senden.

Herzlichen Dank
Ihr Trainer Team

**Personal Training - Personalien** Heutiges Datum

Name       Geschlecht [ ]  M [ ]  W

Vorname       Geburtsdatum

Beruf

Strasse

PLZ       Ort

Tel. P       Tel. G       Mobiltelefon

E-Mail

Krankenkasse

Zusatzversicherung(en)

Hausarzt (Name & Adresse)

Grösse       cm Gewicht       kg

Anzahl Kinder       Jahrgang

Notfallkontakt (Name & Telefonnummer)

**Trainingserfahrung**

Betreiben Sie regelmässig Bewegung oder Sport?

Wenn Ja: Was genau? Wie oft pro Woche? Wieviele Std./Woche?

Wieviel Zeit nehmen Sie sich für eine Trainingseinheit (10-20 Min. – 20-40 Min. – 40 Min. und mehr)

Mit welcher Intensität trainieren Sie für gewöhnlich? (Niedrig, Mittel, Hoch)

**Trainingsziele**

**Welches sind Ihre Trainingsziele**

 **Gesundheit** **Aussehen** **Leistung**

[ ]  Stressabbau [ ]  Gewichtsabnahme [ ]  Mehr Kraft

[ ]  Rücken [ ]  Straffung [ ]  Mehr Ausdauer

[ ]  Herz/Kreislauf [ ]  Muskelaufbau [ ]  Wettkampf

[ ]  Mehr Energie [ ]  Sportliche Ausstrahlung

[ ]  Mehr Beweglichkeit

Bis wann möchten Sie dieses Ziel erreichen?

Versuchen Sie Ihr Ziel noch präzieser und in einer messbaren Grösse zu formulieren:

Bsp: In 1 Monat 2x/Woche regelmässig trainieren / In 3 Monaten 3 kg Fett abbauen / In 6 Monaten eine Hosengrösse kleiner / In 12 Monaten einen Halbmarathon absolvieren, usw.

**Gesundheitsfragen**

Rückenprobleme? [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

 [ ]  Halswirbelsäule [ ]  ISG - Iliosakralgelenk

 [ ]  Brustwirbelsäule [ ]  Bandscheibenvorfall

 [ ]  Lendenwirbelsäule

Wenn Ja: Evtl. genauere Beschreibung. Was geht, was geht nicht?

Gelenkprobleme? [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

 [ ]  Schulter [ ]  Hüfte

 [ ]  Ellenbogen [ ]  Knie

 [ ]  Hand [ ]  Fuss

Wenn Ja: Evtl. genauere Beschreibung. Was geht, was geht nicht?

Operationen? [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

Wenn Ja: Was?

Andere Erkrankungen [ ]  **Ja** [ ]  **Nein**

Wenn Ja: Was?

Asthma [ ]  Ja [ ]  Nein Allergisch, Leistungsabhängig

Bronchitis [ ]  Ja [ ]  Nein

Diabetes [ ]  Ja [ ]  Nein

Blasenschwäche [ ]  Ja [ ]  Nein

Krampfadern [ ]  Ja [ ]  Nein

Stress [ ]  Ja [ ]  Nein Skala 1-10 / 1=kein Stress, 10 Burnout

Rauchen [ ]  Ja [ ]  Nein Wieviele Zig. Pro Tag? Seit wann?

Diät zur Zeit [ ]  Ja [ ]  Nein

Ärztliche Behandlung [ ]  Ja [ ]  Nein

Ärztl. Einschränkung [ ]  Ja [ ]  Nein

Therapeutische [ ]  Ja [ ]  Nein

Behandlung

Wurde jemals ein EKG [ ]  Ja [ ]  Nein Ruhe-EKG, Belastungs-EKG

Durchgeführt?

Nur Frauen

Schwangerschaft [ ]  Ja [ ]  Nein

**Risikofaktoren**

Alter Über 45 [ ]  10

 Über 35 [ ]  4

 Bis 35 [ ]  0

Herzkreislauf Herzfehler [ ]  40

 Herzinfarkt [ ]  40

 Rythmusstörungen [ ]  40

 Keine Herzschwäche [ ]  0

In der Familie Herzinfarkt vor 60 [ ]  16

 Herzinfarkt nach 60 [ ]  6

Blutdruck Hoch [ ]  8

 Unbekannt [ ]  4

 Normal/Tief [ ]  0

Gewicht Erachten Sie sich als:

 Übergewichtig [ ]  4

 Untergewichtig [ ]  4

 Normalgewichtig [ ]  0

**Punktetotal**

**Organisation**

Wann möchten Sie mit dem

Training starten?

Wo möchten Sie traineren? [ ]  Praxis Profunctio & Promanus Pfäffikon SZ

 [ ]  In der Natur

 [ ]  Zu Hause

 [ ]  In meinem Fitnesscenter

 [ ]  Andere

Wie oft pro Woche können

Sie trainieren?

Trainingstage? Wochentage

Trainingszeiten? Dauer & Tageszeit

Wie oft wünschen Sie ein be-

gleitetes Training mit Ihrem

Personal Trainer? 1x, 2x, 3x/Wo, 1x/Mt

Was sollte Ihr Personal Trainer

Sonst noch wissen?

**Notizen durch Personal Trainer**

Hiermit bestätige ich, dass die gemachten Angaben im Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu & vollständig von mir ausgefüllt und mit dem Personal Trainer besprochen wurden.

Ort, Datum:       Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_