



Datum: _____

Gesundheitsfragebogen

Alle Daten werden vertraulich behandelt und dienen zur Eignungsabklärung eines Fitness Trainings.

Allgemein:

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau		Krankenkasse:	
Name:		Vorname:	
Strasse:		PLZ / Ort:	
Geb.datum:		Beruf:	<input type="checkbox"/> sitzend <input type="checkbox"/> stehend
email:		Tel / Natel:	

Haben Sie Erfahrung mit Krafttraining? Ja Nein

Haben Sie Erfahrung mit Ausdauertraining? Ja Nein

Sind Sie sportlich aktiv? Ja Nein

Wenn ja, was machen Sie und wie oft pro Woche? _____

Trainingsziele

Welches sind Ihre Trainingsziele, die Sie erreichen möchten ?

Rückentraining Muskelaufbau Beweglichkeitsverbesserung

Haltungsverbesserung Ausdauer verbessern Gewichtsreduktion

anderes _____

Wie oft möchten Sie pro Woche trainieren? 1- 2 x / Woche 3 – 4 x / Woche

Gesundheitszustand

Wenn Sie die meisten nachfolgenden Fragen mit „JA“ beantworten, empfehlen wir Ihnen vor dem Trainingsstart mit Ihrem Arzt Kontakt aufzunehmen

Sind Sie im Moment in ärztlicher / therapeutischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, weshalb? _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Operationen / Eingriffe gehabt? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Besteht eine Schwangerschaft? Ja Schwangerschaftswoche: _____ Nein

Leiden Sie unter:

Rückenschmerzen: Ja Nein Gelenksprobleme: Ja Nein

Bandscheibenvorfällen: Ja Nein Herz-/Kreislaufferkrankungen: Ja Nein

Osteoporose: Ja Nein Atemwegserkrankungen: Ja Nein

Allergien: Ja Nein andere Beschwerden: _____

Ich bestätige die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:

Ort, Datum Unterschrift Fitnesskunde