



Persönliche Angaben

Anrede: _____
Name: _____
Adresse: _____

Tel. Privat: _____
Mobile: _____
Krankenkasse: _____
Zusatz: _____

Geburtsdatum: _____
Beruf: _____
Hobbies: _____

Tel. Geschäft: _____
E-Mail: _____
Hausarzt: _____
Spezialist/en: _____

Motivation

Was sind Ihre Trainingsziele?

Wie oft pro Woche wollen bzw. können Sie sich für Ihr Training Zeit nehmen?

Betreiben Sie bereits regelmässig Sport? Wenn ja, was und wie oft pro Woche?

Gesundheitsfragebogen

Haben Sie Rückenprobleme? _____
Haben Sie Gelenkprobleme? _____
Hatten Sie Operationen? _____
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? _____
Haben Sie Allergien? _____
Haben Sie Beschwerden unter körperlicher Belastung? _____
Leiden Sie unter Asthma? _____
Haben Sie Krampfadern? _____
Leiden Sie unter Bronchitis? _____
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? _____
Sind Sie zur Zeit in therapeutischer Behandlung? _____
Leiden Sie an Stoffwechselerkrankungen? (Schilddrüse/Blutzucker) _____
Sind Sie schwanger? _____
Leiden Sie an Blasenschwäche? _____
Machen Sie zur Zeit eine Diät? _____
Wurde bei Ihnen jemals ein EKG durchgeführt? _____
Leiden Sie unter Stress? _____

Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen

Alter	<input type="checkbox"/> über 45 (10)	<input type="checkbox"/> über 35 (4)	<input type="checkbox"/> bis 35 (0)
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich (2)	<input type="checkbox"/> weiblich (0)	
Persönliche Fragen	<input type="checkbox"/> Herzfehler/Infarkt (40)	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher (40)	<input type="checkbox"/> Rhythmusstörungen (40) <input type="checkbox"/> keine Herzschwäche (0)
Familie	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt vor 60 (16)	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt nach 60 (6)	<input type="checkbox"/> kein Herzinfarkt (0)
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck (8)	<input type="checkbox"/> Wert unbekannt (4)	<input type="checkbox"/> normal/tief (0)
Rauchen	<input type="checkbox"/> ≥ 2 Packungen (10)	<input type="checkbox"/> 1-2 Packungen (6)	<input type="checkbox"/> < 1 Packung (3) <input type="checkbox"/> Nichtraucher (0)
Gewicht	<input type="checkbox"/> Übergewicht (4)	<input type="checkbox"/> Normalgewicht (0)	Grösse: _____ Gewicht: _____
Bewegung	<input type="checkbox"/> kein Training (10)	<input type="checkbox"/> 1x/Woche (2)	<input type="checkbox"/> ≥ 2x/Woche

Total Punkte:

40 und mehr: Arztbesuch empfohlen / 20-30 Gesundheitstraining / 0-19 keine Trainingseinschränkung (Tabelle gemäss Dr. Probst)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der obigen Angaben:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____