

Gesundheitsfragebogen

Name: _____
 Vorname: _____
 Strasse: _____
 PLZ / Ort: _____
 Mobile: _____
 Tel. Privat: _____
 Tel. Geschäft: _____
 Email: _____
 Beruf: _____
 Geburtsdatum: _____
 Krankenkasse: _____

Persönliche Fragen

Was sind Ihre Hobbies?

Betreiben Sie regelmässig Sport?

ja / nein

Wenn ja, was und wie oft pro Woche?

Haben Sie Erfahrung mit Personal bzw. Fitnesstraining?

ja / nein

Wenn ja, wann und wie oft pro Woche?

Wenn nein, wie lange überlegen Sie schon mit Personal Training zu beginnen?

Was sind Ihre Trainingsziele?

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

1x 2x 3x

mehr _____

Wie wurden Sie auf *Personal Performance* aufmerksam / durch wen?

Warum haben Sie *Personal Performance* gewählt?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Gesundheitsfragen

Rückenprobleme? ja / nein

Gelenkprobleme? ja / nein

Operationen? ja / nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja / nein

Beschwerden unter:

körperlicher Belastung? ja / nein

Asthma? ja / nein

Krampfadern? ja / nein

Bronchitis? ja / nein

Ärztliche Behandlung? ja / nein

Therapeutische Behandlung? ja / nein

Stoffwechselerkrankungen?

(Schilddrüse / Blutzucker) ja / nein

Schwangerschaft? ja / nein

Blasenschwäche? ja / nein

Machen Sie zurzeit eine Diät? ja / nein

Wurde jemals ein EKG durchgeführt? ja / nein

Stress? ja / nein

Risikofaktoren für Herz-/Kreislaufkrankungen:

1. Alter über 45 10

über 35 4

unter 35 0

2. Geschlecht männlich 2

weiblich 0

3. Pers. Fragen Herzfehler/Infarkt 40

Herzschrittmacher 40

Rhythmusstörungen 40

keine Herzschwäche 0

4. Familie Herzinfarkt vor 60 16

Herzinfarkt nach 60 6

kein Herzinfarkt 0

5. Blutdruck Bluthochdruck bekannt 8

Wert unbekannt 4

normal / tief 0

6. Rauchen 2 Packungen & mehr 10

1 bis 2 Packungen 6

weniger als 1 Packung 3

Nichtraucher 0

7. Gewicht Übergewicht 4

Normalgewicht

Gr - 100/+ - 10% 0

Gew: _____ Gr: _____

8. Bewegung kein Training 10

regelm. 1x pro Woche 2

mind 2x pro Woche 0

Auswertung Total Punkte

40 und mehr Punkte Arztbesuch empfohlen, **20-39 Punkte** Gesundheitstraining, **0-19 Punkte** keine Trainingseinschränkung (Tabelle gemäss Dr. Probst)