

Gesundheitsfragebogen Personal Training

Personalien

Vorname	Mobile
Name	E-Mail
Strasse	Geburtsdatum
PLZ / Ort	Beruf

Persönliche Fragen

- Wie wurdest du auf uns aufmerksam?
.....
- Deine Trainingsziele:
.....
- Hast du schon einmal Fitness gemacht?
 ja nein
Wenn ja, wo und wie oft?
.....
- Betreibst du regelmässig Sport?
 ja nein
Wenn ja, was und wie oft?
.....
- Wie oft pro Woche kannst du dir für dein persönliches Training Zeit nehmen?
.....
- Wie beurteilst du deine persönliche Fitness?
 schlecht genügend gut sehr gut

Risikofaktoren für Herz-/Kreislaufkrankungen

- Alter über 45 10
über 35 4
unter 35 0
- Geschlecht männlich 2
 weiblich 0
- Herzfehler/Infarkt 40
Herzschrittmacher 40
Rhythmusstörungen 40
keine Herzschwäche 0
- Familie
Herzinfarkt vor 60 16
Herzinfarkt nach 60 6
kein Herzinfarkt 0
- Blutdruck
Bluthochdruck bekannt 8
Wert unbekannt 4
normal / tief 0
- Rauchen
2 Packungen & mehr 10
1 bis 2 Packungen 6
weniger als 1 Packung 3
Nichtraucher 0
- Gewicht
Übergewicht 4
Normalgewicht Gr - 100/+ - 10% 0
Gewicht: _____ Grösse: _____
- Bewegung
kein Training 10
regelmässig 1x pro Woche 2
mind 2x pro Woche 0
 genügend gut sehr gut

Total Punkte _____

(Tabelle gemäss Dr. Probst)

9. Aktuelle Beschwerden

a) Gelenke

b) Wirbelsäule

c) Sonstiges

10. Beschwerden unter körperlicher Belastung (Asthma, Bronchitis)

11. Erkrankungen der Atemwege (Bronchitis)

12. Stoffwechselerkrankungen

13. Operationen

14. Beschwerden infolge Operation

15. Medikamente

nein ja

wenn ja, welche: _____

16. Schwangerschaft

17. Bist du in ärztl. Behandlung?

nein ja

wenn ja, warum: _____

18. Machst du zur Zeit eine Diät?

19. Leidest du unter Stress?

20. Wurde je ein Belastungs-EKG durchgeführt?

nein ja

21. Sonstiges:

40 und mehr Punkte Arztbesuch empfohlen

20-39 Punkte Gesundheitstraining

0-19 Punkte keine Trainingseinschränkung

Total Punkte _____

Ich bestätige die Richtigkeit obenstehender Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden