

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine fiebrige Erkältung? nein ja

Sind Sie körperliche Anstrengung gewöhnt? nein ja

Wann wurde bei Ihnen ein ärztlicher Gesundheitstest durchgeführt? Datum: _____

LEBENSGEWOHNHEITEN

Ihre berufliche Tätigkeit ist vorwiegend: sitzend stehend viel Bewegung
wenig Bewegung

Ihre durchschnittliche Arbeitszeit beträgt _____ Stunden

Ihre durchschnittliche Nachtschlafdauer beträgt _____ Stunden

Wie würden Sie Ihre Streßbelastung einschätzen _____

sonstiges:

Lebensstil / Ernährung:

Wollen Sie abnehmen?

nein ja, _____ kg

Wollen Sie zunehmen?

nein ja, _____ kg

Machen Sie zurzeit eine Diät? nein ja

Sind Sie Raucher/in? nein ja Anzahl / Tag: _____ Trinken Sie Alkohol? nein ja
Menge / Tag

Freizeitbeschäftigungen / Sport

Hobbys mit Bezug zur Bewegung:

Leistungsniveau: _____

Wie viel Zeit steht Ihnen für Ihr Training wöchentlich zur Verfügung?

Anzahl _____ Einheiten à _____ Minuten

Trainingsziele

1. _____

2. _____

3. _____

Über welche Ausrüstung verfügen Sie?

1. _____

2. _____

3. _____

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Hiermit erkläre ich,....., dass ich das Training mit „Thomas Freimann“ freiwillig und auf eigene Verantwortung aufnehme und durchführe. Ich fühle mich sowohl körperlich als auch geistig gesund und verpflichte mich den Gesundheitsfragebogen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen als auch über die mir bekannten Krankheiten selbstständige Auskunft zu erteilen.

Bei plötzlichen Befindlichkeitsänderungen wie Übelkeit, Schwindel oder Schmerzen jeglicher Art werde ich sofort den Trainer unterrichten und gegebenenfalls das Training abbrechen.

Alle Daten unterliegen dem Datenschutz und werden von „Thomas Freimann“ vertraulich behandelt. Ihre Angaben dienen zur optimalen Steuerung Ihres Trainingsprogramms.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum, Unterschrift