

Name:
 Vorname:
 Geburtsdatum:
 Beruf:
 Tel:
 E-Mail:

Medizinische Fragen:

- | | ja | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Gelenkschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Beschwerden unter körperlicher Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Erkrankung der Atemwege (z.B. Asthma) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Beschwerden infolge einer Operation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Medikamente: | | |
| 8. Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Bist du zur Zeit in ärztlicher oder
therapeutischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, warum:

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 10. Leidest du unter Stress? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Hast du Allergien oder leidest an einer
Unverträglichkeit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Andere gesundheitliche Probleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Risikofaktoren für Herz- und

Kreislaufkrankungen:

- | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13. Leidest du an Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist dein Blutdruck zu tief? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Hast du Herzbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hast du Kreislaufprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Persönliches:

1. Was sind deine Ziele?

.....

2. Bisherige Versuche das / die oben genannte(n) Ziel(e) zu erreichen:

.....

3. Hast du schon einmal Fitness gemacht?

ja nein

falls ja, Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität?

.....

4. Machst du regelmässig Sport?

ja nein

falls ja, Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität?

.....

5. Wie oft pro Woche kannst / möchtest du für dein persönliches Training Zeit nehmen?

1x 2x 3x mehr pro Woche

6. Wie beurteilst du deine persönliche Fitness?

schlecht genügend mittel gut sehr gut

7. Was erwünschst du dir von einem Personal Training?

.....

8. Was sind deiner Meinung nach die wichtigsten

Eigenschaften / Qualitäten, die einen guten Trainer haben soll?

.....

Trainer Notizen:

.....


.....

Wenn du obige Fragen mehrmals mit Ja beantwortest hast, besteht ein erhöhtes gesundheitliches Risiko und es wird empfohlen vor der Aufnahme des Trainings eine ärztliche Abklärung einzuholen.

Ich bin mir bewusst, dass ich ein erhöhtes gesundheitliches Risiko habe, möchte aber auf eine ärztliche Abklärung verzichten und mit dem Training beginnen.

Ich bestätige die Richtigkeit oben stehender Angaben:

Datum Unterschrift Kunde Personal Trainer.....

PERSONAL  TRAINING

	Hauptziel
Inhalt:	
Ausmass:	
Datum (bis wann):	

	erstes Unterziel
Inhalt:	
Ausmass:	
Datum (bis wann):	
Aufgaben um dieses Unterziel zu erreichen	