

Eingangsfragebogen



Bitte, ausgefüllt zum ersten Trainergespräch mitbringen!

Name: _____ Vorname: _____
Straße: _____ PLZ / Ort: _____
Geb.: _____ Tel.: _____
Geschlecht: M W Datum: _____

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer, dieser Fragenkatalog ermöglicht Ihnen, sich **selbst** auf einfache Weise einzuschätzen ob aus medizinischer Sicht grundsätzliche Bedenken bei der Ausübung von körperlichen Aktivitäten bestehen. Eine fachgerechte Beratung unseres Trainers und ein zielgerichteter Trainingsplan werden durch diesen Fragebogen erst ermöglicht. Die Fragen beziehen sich auf Ihre körperliche Verfassung vom heutigen Tag bis maximal sechs Monate rückwirkend. Bitte beantworten Sie die nachstehenden Fragen durch ankreuzen mit "J = ja" oder "N = nein".

1. Ziele

1. Welche der nachfolgenden Trainingsziele treffen für Sie zu?

- Vitalität und Gesundheit Vorbeugen / vermeiden von Rückenproblemen
 Figurverbesserung Körperfettreduktion und gesunde Ernährung
 Muskelaufbau Herz-Kreislauf-Training Spaß :-)

2. Haben Sie aufgrund körperlicher Probleme ein spezielles Trainingsziel? J N

Wenn Ja, welches? _____

3. Möchten Sie nur Gruppenkurse mitmachen und kein Gerätetraining? J N

4. Wie oft in der Woche können Sie sich Zeit für Ihre Gesundheit nehmen? (z.B. 2x) _____ x

5. Wieviel Zeit haben Sie für Ihre Trainingseinheiten eingeplant? wenig viel egal

2. Lebensstil

1. Sind Sie sportlich aktiv (aktiv = 2 x die Woche 45 Min. Sport am Stück)? J N

Wenn Ja, welche Sportart? _____

2. Fühlen Sie sich im Alltag gestresst? J N

3. Wie ist Ihre körperliche Belastung im Berufsleben?

- körperlich schwer körperlich leicht
 vorwiegend sitzend vorwiegend stehend

4. Fühlen Sie sich mit Ihrem derzeitigen Körpergewicht wohl? J N

5. Wie Fit fühlen Sie sich momentan (Schulnoten von 1-6)? _____

6. Rauchen Sie stark (mehr als 15 Zigaretten am Tag)? J N

3. Risiko Check

1. Haben Sie oder hatten Sie in den letzten sechs Monaten Herz-Kreislauf-Probleme? J N
2. Hatten Sie in den letzten Monaten Schmerzen in der Brust, in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? J N
3. Haben Sie oder hatten Sie in den letzten sechs Monaten Probleme mit der Atmung? J N
4. Haben Sie oder hatten Sie in den letzten sechs Monaten Schwindelgefühle? J N
5. Leiden Sie an akuten Gelenk- oder Muskelbeschwerden oder -erkrankungen? J N

Wenn Ja, welche Art Beschwerden? _____

6. Nahmen oder nehmen Sie in den letzten sechs M. regelmäßig Medikamente? J N

Wenn Ja, welche Art Medikamente? _____

7. Liegt bei Ihnen eine Stoffwechsel- oder Schilddrüsenerkrankung vor? J N
8. Haben Sie erhöhten Blutdruck, der regelmäßig über 160/90 mm Hg. liegt? J N

Bei "Ja" auf eine oder mehrere Fragen suchen Sie bitte Ihren Arzt auf, bevor Sie sportlich aktiv werden!

4. Selbsteinschätzung

Der Fragebogen dient der Selbsteinschätzung durch den Sporttreibenden. Für den Einsatz des Fragebogens und die daraufhin aufgenommenen Aktivitäten wird keine Verantwortung übernommen. In allen Zweifelsfällen sollten Sie vor Aufnahme der Aktivitäten im Fitnessclub Ihren Arzt aufsuchen.

Gibt es seitens Ihres Arztes Bedenken gegenüber sportlichen Aktivitäten? J N

Halten Sie sich selbst für sportgesund? J N

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Unterschrift des Teilnehmers

Bitte, ausgefüllt zum ersten Trainergespräch mitbringen!