



Eingangsfragebogen

Datum:	Trainer:
Name:	Vorname:
Telefonnummer:	Geb.-Datum:
Hausarzt:	

Trainingsziele und Wünsche (bitte Ankreuzen)

Muskelaufbau			
Körperstraffung		Leistungssteigerung	
Gewichtsreduktion		Entspannung	
Anderer Wunsch:			

Gewünschte Trainingshäufigkeit: _____

Ich treibe aktuell (45-60 min) __ nie __1/ Woche __2/Woche __3/ Woche __4 +/ Woche

Sportarten: _____

Intensität: (gering) __1 __2 __3 __4 __5 __6 (intensiv)

Ess- und Trinkverhalten:

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag ____ Liter

Wie oft essen Sie am Tag (Mahlzeiten) ____ (nebenbei) ____

Fragen zum allgemeinen Lebensstil (bitte ankreuzen)

Berufliche Tätigkeit	Negativer Stressfaktor		
Überwiegend sitzend		Öfter	
Überwiegend stehend		Manchmal	
Körperl. Anstrengung		selten	
Viel Bewegung		nie	
Wenig Bewegung			

Gesundheit:

Sind Sie Raucher?	Ja		Nein		Wenn JA, wie viel?	
Trinken Sie Alkohol?	Ja		Nein		Wenn JA, wie oft?	
Haben Sie Bluthochdruck?	Ja		Nein		Wenn JA, sind Sie in Behandlung?	Ja ____ Nein ____
Haben Sie Asthma	Ja		Nein		Wenn JA, sind Sie in Behandlung?	Ja ____ Nein ____
Haben Sie Gefäßerkrankungen?	Ja		Nein		Wenn JA, sind Sie in Behandlung?	Ja ____ Nein ____
Haben Sie ein Aneurysma?	Ja		Nein		Sind Sie in Behandlung?	Ja ____ Nein ____

Nehmen Sie Medikamente?	Ja		Nein		Wenn JA, welche?	
Haben Sie Allergien?	Ja		Nein		Wenn JA, welche?	
Haben Sie Gelenkprobleme?	Ja		Nein		Bei Welchem Gelenk?	
Haben Sie Rückenprobleme?	Ja		Nein		HWS/ BWS/ LWS	
Hatten Sie einen Bandscheibenvorfall?	Ja		Nein		Wenn JA, operativ behandelt?	Ja ___ Nein___
Wie lang ist die OP her?						

KONTRAINDIKATIONEN: (Training darf nicht/nur nach ärztlicher Freigabe erfolgen)

Epilepsie	Nein		Ja	
Herzschrittmacher	Nein		Ja	
Schwangerschaft	Nein		Ja	
Schwere Durchblutungsstörung	Nein		Ja	
Arterielle Durchblutungsstörung	Nein		Ja	
Bauchwand/ Leistenhernie (Bruch)	Nein		Ja	
Tuberkulose	Nein		Ja	
Tumore	Nein		Ja	
Arteriosklerose fortgeschritten	Nein		Ja	
Schwere neurologische Erkrankung	Nein		Ja	
Diabetes mellitus	Nein		Ja	
Fieberhafte Erkrankung	Nein		Ja	
Akute bakterielle/ virale Prozesse	Nein		Ja	
Blutungen	Nein		Ja	
Starke Blutungsneigung	Nein		Ja	

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Erklärung und Hinweise gelesen und verstanden haben. Sie bestätigen ebenfalls, dass Sie „Sportgesund“ sind und keine der genannten Erkrankungen vorliegen bzw. ärztlicher Rat zur Nutzung vor Beginn des Trainings eingeholt wurde. Das Training erfolgt auf eigene Verantwortung.

Ort, Datum

Unterschrift Trainierender

Unterschrift Trainer

Körperlicher Zustand:

Brust			Hüfte		
Oberarm	Re:	Li:	Oberschenkel	Re:	Li:
Taille			Wade	Re:	Li: