

Personalien

Geschlecht Weiblich Männlich **Strasse/Nr.** _____ **Mitglied-Nr.** _____
Vorname _____ **PLZ/Ort** _____ **E-Mail** _____
Name _____ **Tel. Privat** _____ **Beruf** _____
Geburtsdatum _____ **Tel. Mobile** _____ **Krankenkasse** _____
Erreichbar MO-FR / SA / SO ab _____

Persönliche Fragen

- Haben Sie schon einmal Fitness gemacht?**
Wenn ja, wann und wie oft? Ja Nein _____
- Betreiben Sie regelmässig Sport?**
Wenn ja, was und wie oft pro Woche? Ja Nein _____
- Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Fitness?**
 Schlecht Genügend Mittel Gut Sehr gut
- Ihre Trainingsziele**
 Gute Figur & Haltung Bewegungslust ausleben
 Fettabbau Krafttraining
 Herz- & Kreislauftraining Sportartspezifisch
 Gesundheit stabilisieren Selbstbewusstsein stärken
 Muskelaufbau Rückentraining
 Stressabbautraining Ausgleichstraining
- Ihr persönliches/individuelles Trainingsziel** _____
- Ihre Zeitvorstellung für Ihre Zielerreichung?** _____
- Wie oft pro Woche wollen Sie sich für Ihr persönliches Training Zeit nehmen?**
 1-2mal 2-3mal 4-mal und öfter

Risikofaktoren für Herz-/Kreislaufkrankungen

- | | | |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| 1. Alter | über 45 | 10 <input type="checkbox"/> |
| | über 35 | 4 <input type="checkbox"/> |
| | unter 35 | 0 <input type="checkbox"/> |
| 2. Geschlecht | männlich | 2 <input type="checkbox"/> |
| | weiblich | 0 <input type="checkbox"/> |
| 3. Pers. Fragen | Herzfehler/Infarkt | 40 <input type="checkbox"/> |
| | Herzschrittmacher | 40 <input type="checkbox"/> |
| | Rhythmusstörungen | 40 <input type="checkbox"/> |
| | keine Herzschwäche | 0 <input type="checkbox"/> |
| 4. Familie | Herzinfarkt vor 60 | 16 <input type="checkbox"/> |
| | Herzinfarkt nach 60 | 6 <input type="checkbox"/> |
| | kein Herzinfarkt | 0 <input type="checkbox"/> |
| 5. Blutdruck | Bluthochdruck bekannt | 8 <input type="checkbox"/> |
| | Wert unbekannt | 4 <input type="checkbox"/> |
| | normal/tief | 0 <input type="checkbox"/> |
| 6. Rauchen | 2 Packungen & mehr | 10 <input type="checkbox"/> |
| | 1 bis 2 Packungen | 6 <input type="checkbox"/> |
| | weniger als 1 Packung | 3 <input type="checkbox"/> |
| | Nichtraucher | 0 <input type="checkbox"/> |
| 7. Gewicht | Übergewicht | 4 <input type="checkbox"/> |
| | Normalgewicht (Gr. - 100/+ - 10%) | 0 <input type="checkbox"/> |
| | Gewicht: _____ Grösse: _____ | |
| 8. Bewegung | kein Training | 10 <input type="checkbox"/> |
| | regelm. 1x pro Woche | 2 <input type="checkbox"/> |
| | mind 2x pro Woche | 0 <input type="checkbox"/> |
| | Total Punkte _____ | |

Medizinische Fragen

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Aktuelle Beschwerden | | |
| A) Gelenke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B) Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C) Sonstiges _____ | | |
| 10. Beschwerden unter körperlicher Belastung (Asthma, Bronchitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Erkrankungen der Atemwege (Bronchitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Stoffwechselerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Operationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Beschwerden infolge Operation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche _____ | | |
| 16. Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sind Sie in ärztl. Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja, welche _____ | | |
| 18. Machen Sie zurzeit eine Diät? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Leiden Sie unter Stress? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wurde je ein Belastungs-EKG durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sonstiges | | |
| _____ | | |
| 40 und mehr Punkte Arztbesuch empfohlen | | |
| 20-39 Punkte Gesundheitstraining | | |
| 0-19 Punkte keine Trainingseinschränkung | | |

Tabelle gemäß Dr. Probst