

PERSÖNLICHE DATEN

IHRE BASIS

Dieser Auswertungsbogen wird es ermöglichen, Ihnen ein auf Ihren Wünschen, Zielen und physischen Voraussetzungen basierendes Trainingsprogramm zu erstellen. Diese Angaben gehen nicht an dritte und sind streng vertraulich!

Name : Anschrift :

Telefon : Fax : email :

Geschlecht : weiblich männlich Mobil :

Körpergröße : Geburtsdatum : Beruf :

Ihr Gewicht :

FITNESSDATEN

Nennen Sie, in der Reihenfolge Ihrer Priorität, Ihre individuellen Trainingsziele und Wünsche
Das ist Ihnen -

am Wichtigsten :

sehr Wichtig :

Wichtig :

weniger Wichtig :

Treiben Sie regelmäßig Sport ?

Haben Sie in Ihrer Vergangenheit regelmäßig Sport betrieben ?

nein ja, und zwar :
wenn nein, einfach freilassen

ja, und zwar :

1.

2.

3.

1.

2.

3.

Wo und wie möchten Sie am liebsten trainieren ?

zu Hause im Büro mit Kleingewichten mit Kurz / Langhanteln

im Sportstudio im Hotel Tubing / Latexbänder Kraftereinrichtung

im Freien unterwegs ohne Sportgeräte weiß ich noch nicht

Wie oft und wie lange möchten Sie zukünftig für Ihr Training investieren ?

etwa mal pro Woche je circa

GESUNDHEITSDATEN

Rauchen Sie ? nein ja, und zwar Zigaretten Alkohol nie / selten gelegentlich regelmäßig

Ihr Blutdruck ist eher : niedrig mittel hoch unbekannt Die Cholesterinwerte sind : niedrig normal hoch

Genaue Daten falls vorhanden :

Genaue Daten falls vorhanden :

Haben Sie Herzkreislaufprobleme: nein

Haben Sie Schmerzen oder Beschwerden
Im Rücken oder der Wirbelsäule

nein

ja, und zwar :

Haben Sie manchmal Beschwerden, Schmerzen oder eine Einschränkung in der Beweglichkeit in den folgenden Gelenken :

Knöchel, links
Knöchel, rechts

Knie, links
Knie, rechts

Hüfte, links
Hüfte, rechts

Schulter, links
Schulter, rechts

Ellenbogen, links
Ellenbogen, rechts

Handgelenk, links
Handgelenk, rechts

Haben Sie deswegen oder wegen anderer orthopädischer
Probleme schon einmal einen Arzt aufgesucht, wie lautet
seine Diagnose, oder beschreiben Sie selbst.

Die Diagnose /

Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung oder erhalten
Sie verschriebene Medikamente oder nehmen Sie Stoffe
ein, die sich auf den Herzkreislauf, die Herzfrequenz oder
Arznei :
irgendwie auf die sportliche Leistungsfähigkeit auswirken ?

Die Diagnose :

Erleiden Sie noch Nachwirkungen von Operationen

nein

ja, und zwar :

Gibt es aus Ihrer oder ärztlicher Sicht noch weitere
Einschränkungen für ein Sporttraining.

nein

ja, und zwar :

WIE SCHÄTZEN SIE SICH SELBST EIN ?

Ist Ihr Schlafrythmus regelmäßig, und wie lang schlafen Sie im Durchschnitt

etwa

Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Fitnesszustand ?

nicht so fit

eher fit

gut trainiert

sehr gut trainiert

Wie schätzen Sie Ihre Beweglichkeit ein ?

eher steif

mittel

gut

hypermobil

Wie empfinden Sie Ihr momentanes Gewicht untergewichtig

normal

übergewichtig

Ihr Wunschgewicht

Das liegt Ihrer Meinung an :

Ihre Ernährung ist/mit :

eher regelmäßig

eher unregelmäßig

Spätabends

Flüssigkeitsarm

guter Flüssigkeitsaufnahme

Ihre Streßbelastung ist

gering

mittel

erhöht

stark

äußerst stark

Welcher Körpertyp entspricht Ihnen am ehesten :

Ausdauer-Typ : schlanker Körperbau, zierliche Gelenke weniger Körperfett und Muskelmasse hohe Verwertung von Nahrungsmitteln, Muskelzuwachs eher schwer.

Zwischen Ausdauer- und Athletisch

Athletischer Typ :

muskulöser Körperbau, langer Oberkörper, breite Brust, ausgewogene Proportionen, schnellerer Muskelzuwachs

zwischen athletisch und pyknisch

Kraft-Typ

breite, kräftige Knochenstatur. schlechte Verwertung von Nahrung. neigt zu mehr Körperfett. langsamer Muskelaufbau.

Ich versichere alle Angaben wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben

Mir ist bewusst, dass ich mein Training auf eigene Verantwortung ausführe, eine Haftung des Trainers ist auszuschließen.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden, sollte ich einen Termin unterhalb eines 24 stündigen Zeitraumes davor absagen, trotzdem 100% des Honorars zahlbar sind.

, den

Ihre Unterschrift :

Unterschrift des Trainers