

Name, Vorname _____

Strasse, Ort _____

Tel. / Mobile _____

e-mail / Beruf _____

Geburtsdatum _____

Persönliche Fragen:

Betreiben Sie regelmässig Sport? ja / nein
 Wenn ja, wie oft? _____

Wie oft pro Woche wollen/können Sie sich Zeit für Personaltraining nehmen?
 1x 2x 3x mehr

Was sind Ihre Trainingsziele? _____

Wie wurden Sie auf antriebskraft.ch aufmerksam / durch Wen? _____

Was sind Ihre Hobbies? _____

Gesundheits-Fragen:

Rückenprobleme? ja / nein _____

Gelenkprobleme? ja / nein _____

Allergien? ja / nein _____

Operationen? ja / nein _____

Medikamente? ja / nein _____

sonstige Gesundheitsprobleme? _____

Haben oder hatten Sie je Beschwerden unter:

Körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____	Wurde jemals ein EKG durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____
Asthma?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____	Wann ?	_____	_____
Krampfadern?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____	Machen Sie zurzeit eine Diät?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____
Bronchitis?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____	Sind Sie jetzt in Ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____
Stoffwechsel Probleme? (Schilddrüse, Blutzucker)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____	Grund ?	_____	_____
Blasenschwäche?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____	Oder Therapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____
Schlaflosigkeit?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____	Grund ?	_____	_____
Stress?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____	Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____
			Frauen: Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	_____

Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankung:

1. Alter	über 45	10 <input type="checkbox"/>	2. Geschlecht	männlich	02 <input type="checkbox"/>
	über 35	04 <input type="checkbox"/>		weiblich	00 <input type="checkbox"/>
	bis 35	00 <input type="checkbox"/>	4. Familie	Herzinfarkt vor 60	16 <input type="checkbox"/>
3. Persönlich	Herzfehler/Infarkt	40 <input type="checkbox"/>		Herzinfarkt nach 60	06 <input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	40 <input type="checkbox"/>		kein Herzinfarkt	00 <input type="checkbox"/>
	Rhythmusstörungen	40 <input type="checkbox"/>	5. Blutdruck	Bluthochdruck bekannt	08 <input type="checkbox"/>
	Keine Herz schwäche	00 <input type="checkbox"/>		Wert unbekannt	04 <input type="checkbox"/>
6. Rauchen	2 Packungen und mehr	10 <input type="checkbox"/>		normal / tief	00 <input type="checkbox"/>
	1 bis 2 Packungen	06 <input type="checkbox"/>	7. Gewicht	Übergewicht	04 <input type="checkbox"/>
	weniger als 1 Packung	03 <input type="checkbox"/>		Normalgewicht	00 <input type="checkbox"/>
	Nichtraucher	00 <input type="checkbox"/>		(=Grösse-100/+ - 10%)	
8. Bewegung	kein Training	10 <input type="checkbox"/>		kg: _____ Grösse: _____	
	regelmässig 1x pro Woche	02 <input type="checkbox"/>			
	mindestens 2x pro Woche	00 <input type="checkbox"/>	Auswertung	Total Punkte	-----

40 und mehr: Arztbesuch empfohlen / 20-30: Gesundheitstraining / 0-19: keine Trainingseinschränkungen (Tabelle gem. Dr. Probst)

Wenn Sie obige Fragen mehrmals mit JA beantwortet haben, 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.

Datum: _____ Unterschrift: _____