



Gesundheitscheck

Name:

Geburtsdatum:

Vorname:

Geschlecht: m w

Strasse / Nr.:

Grösse:

PLZ / Ort:

Gewicht:

E-Mailadresse:

Telefon/Mobile:

Fragen

Hast du schon einmal Personal Training gemacht? Ja Nein

Was für Sportarten machst du zur Zeit oder hast du früher gemacht?

Nimmst du regelmässig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja; welche und seit wann? _____

Rauchst du? Ja Nein

Alkohol, Drogenkonsum? Ja Nein

Schwanger? Ja Nein

Allergien _____

Blutdruck _____

Leidest du an chronischen Krankheiten oder Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hast du Probleme am Bewegungsapparat oder an der Wirbelsäule? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Hattest du im letzten Jahr Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Was ist dein Trainingsziel?

wie oft pro Woche kannst du trainieren und wann (Wochentag/Zeit)?



Wie ist dein Tagesablauf?

Aufstehen _____

Frühstück _____

Arbeitsbeginn _____

Mittagessen _____

Nachessen _____

Snacks _____

Nachtruhe _____

Trinken _____

Wie ist dein Schlaf? _____

Wie ist deine Verdauung? _____

Besteht Müdigkeit tagsüber? _____

Ort, Datum:

Unterschrift:

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich die
Allgemeinen Geschäftsbedingungen zu akzeptieren)

Weitere Informationen / Bemerkungen: