|  |
| --- |
| **Servus Fitness Velden Information / Fragebogen** |
| **Allgemeines** |
| Nachname:  | Vorname:  |
| Straße:  | E-Mail:  |
| PLZ: A – 9220  | Ort: Velden am Wörthersee |
| Telefon/Mobil: +43   | Geburtsdatum:  |
| Größe:  | Gewicht:  |
| **Sport** |
| Wie oft betreiben Sie Sport pro Woche? |
| 🞏 nie | 🞏 1x-2x | 🞏 3x-4x | 🞏 Öfter |
| Wie lange betreiben Sie Sport pro Woche? |
| 🞏 <5 | 🞏 <15 | 🞏 <30 | 🞏 >30 |
| Was für ein Sport betreiben Sie? ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Waren Sie schon einmal in der Vergangenheit in einem Fitnessstudio aktiv? Nein🞏 Ja🞏 , wie oft in der Woche und wie lange?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Haben Sie sich ein Zeitbudget überlegt? |
| 🞏Nein | 🞏 Ja – wie oft in der Woche bzw. wie viele Stunden pro Woche?……………………………………………………………………………………… |
| **Ziele** |
| Welche Veränderungswünsche haben Sie?🞏Bauch 🞏Beine 🞏Po 🞏HWS 🞏BWS 🞏LWS🞏 …………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Welche Trainingsmöglichkeiten interessieren Sie? |
| 🞏 Gerätetraining | 🞏 Cardiotraining | 🞏 Zirkeltraining | 🞏 Kurse | 🞏andere |
| **Gesundheit: Blutdruck**  |
| Haben sie akute Verletzungen oder Beschwerden? |
| Herz-Kreislauf-ProblemeSchwangerschaftBluthochdruckDiabetesHerzoperation/ Herzschrittmacher AsthmaArthrose SchliddrüsenfehlfunktionOsteoporoseGelenkersatz | 🞏 Nein 🞏 Nein 🞏 Nein 🞏 Nein 🞏 Nein 🞏 Nein 🞏 Nein 🞏 Nein 🞏 Nein 🞏 Nein  | 🞏 Ja🞏 Ja🞏 Ja🞏 Ja🞏 Ja🞏 Ja🞏 Ja🞏 Ja🞏 Ja🞏 Ja |
| Rückenschmerzen / VerspannungenBandscheibenvorfallSonstige gesundheitliche Probleme? | 🞏 Nein 🞏 Ja, wo?🞏 Nein 🞏 Ja, wo? | 🞏 HWS🞏 BWS🞏 LWS🞏 HWS🞏 BWS🞏 LWS |
| Knieprobleme ………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Rauchen Sie?🞏 Nein 🞏 Ja –wie viele Zigaretten am Tag – wie lange schon? | ………………………………………………………………… |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?🞏 Nein 🞏 Ja –welche, und in welcher Dosierung? | …………………………………………………………………. |
| Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?🞏 Nein 🞏 Ja , wegen?………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Sonstige Informationen die für meine Gesundheit und das Training wichtig sind:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Unbedenklichkeitsbestätigung** |
| Für Männer über 35-40 und Frauen über 40-45 Jahren mit einem passiven Lebensstil und ohne Trainingserfahrung empfehlen wir zur Sicherheit einen Arztbesuch für eine Unbedenklichkeitsabklärung. |
|  |
| **Haben Sie Ihren Arzt für eine solche Unbedenklichkeitsabklärung bereits besucht?** |
| 🞏 Nein, 🞏 Ja |
| **Ich werde meinen Arzt in den nächsten Tagen dazu besuchen** |
| 🞏 Nein, 🞏 Ja |
| **Ich sehe dazu keinen Grund und erkläre, dass das Fitness-Center von jeder Haftung ausgeschlossen ist.** |
|  🞏 Ja |
| **Resultat/Trainingsempfehlungen:** |
|  |
| **Name des Arztes:** |

Michael Hudritsch

Velden am Wörthersee,

Unterschrift Gast