|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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-Probleme  Schwangerschaft  Bluthochdruck  Diabetes  Herzoperation/ Herzschrittmacher  Asthma  Arthrose  Schliddrüsenfehlfunktion  Osteoporose  Gelenkersatz | | | | | 🞏 Nein  🞏 Nein  🞏 Nein  🞏 Nein  🞏 Nein  🞏 Nein  🞏 Nein  🞏 Nein  🞏 Nein  🞏 Nein | | | | | | | | 🞏 Ja  🞏 Ja  🞏 Ja  🞏 Ja  🞏 Ja  🞏 Ja  🞏 Ja  🞏 Ja  🞏 Ja  🞏 Ja | | |
| Rückenschmerzen / Verspannungen  Bandscheibenvorfall  Sonstige 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