**Allgemeiner Fragebogen**

**Allgemeine Angaben zur Person**

Vorname/ Nachname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße/ Hausnummer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postleitzahl/ Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer/ Mobil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beruf \_\_ Vollzeit \_\_ Teilzeit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Motivation & Ziele**

Was ist/sind deine Hauptziele?

* Gewichtsabnahme
* Gewichtshaltung
* Gewichtzunehmen
* Muskelaufbau
* Verbesserung der Kondition
* Gesundheitsverbesserung/Mobilitätsverbesserung
* Schmerzreduzierung  
  Welche?  
  ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Pre/Postnatales angepasstes Training
* Sonstiges  
  ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Gesundheitssituation**

Leidest du unter sonstigen Erkrankungen oder hast du derzeit Beschwerden welche dein Training beeinflussen könnte?

* Ja
* Nein   
  Falls ja, welche?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bist du zurzeit schwanger oder bist du in Planung schwanger zu werden?

* Ja, genauere Angaben:
* Nein

Hast du zurzeit Einschränkungen oder zurückliegend Beschwerden am Bewegungsapparat welche dein Training einschränken können?

* Sprunggelenk [ li / re] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend
* Knie [ li / re] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend
* Hüfte [ li / re] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend
* Rücken [LWS/ BWS/HWS] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend
* Schulter [ li / re] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend
* Ellenbogen [ li / re] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend
* Handgelenk [ li / re] \_\_ keine \_\_ aktuell \_\_ zurückliegend
* Andere Erkrankungen  
  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nimmst du derzeit Medikamente oder Supplemente ein welche dein Training beeinflussen könnten?

* Ja
* Nein

Falls ja, welche:

* Gegen Bluthochdruck
* Entwässerungstabletten (Diuretika)
* Gegen Diabetes
* Herzfrequenz beeinflussende Medikamente (z.B. Betablocker)
* Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen
* Gegen Blutfette/ Cholesterin
* Gegen Schilddrüsen-Überfunktion od. Schilddrüsen-Unterfunktion
* Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vertragsvereinbarung**

* Für jegliche Schäden, welche ein Trainierender/in im Zusammenhang der Benützung der Anlange oder Materialien, insbesondere für Schäden, die aus Unfällen, Verletzungen oder Krankheiten besteht von seitens des Coaches keinerlei Haftung. Das Mittrainieren erfolgt auf eigenes Risiko. Jeder Benutzer ist für eine Privathaftpflicht- und für genügende Unfallversicherung selbst versorgt.
* Für den Verlust von Wertgegenständen wird nicht gehaftet.

(Wird keinerlei Haftung übernommen)

* Der Trainierende bestätigt mit dem Kauf eines Abo’s oder Angebots, dass er unter keinen jeglichen gesundheitlichen Erkrankungen leidet, welches sich durch ein Training verschlechtern könnte. Über Änderungen zu obigen genannten Angaben, werde ich mein Trainer umgehend informieren.

Hiermit erkläre ich, dass ich trainingstauglich bin.   
Bei Beschwerden(z.B. plötzliche Befindlichkeitsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Schmerz, Verletzungen, Herzrasen o.ä.) werde ich meinen Trainer umgehend darüber in Kenntnis setzen und einen Arzt konsultieren.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift

