

Name _____
 Vorname _____
 Strasse _____
 PLZ / Ort _____
 Mobile _____
 Tel. Privat _____
 Tel. Geschäft _____
 Email _____
 Beruf _____
 Geburtsdatum _____
 Krankenkasse _____

Persönliche Fragen:

Was sind Ihre Hobbies?

Betreiben Sie regelmässig Sport?
 ja / nein

Wenn ja, wie oft pro Woche?

Haben Sie Erfahrung mit Personal bzw. Fitnesstraining?
 ja / nein

Wenn ja, wann und wie oft pro Woche?

Wenn nein, wie lange überlegen Sie schon mit Personaltraining zu beginnen?

Was sind Ihre Trainingsziele?

Wie oft pro Woche wollen bzw. können Sie sich für Ihr Personaltraining Zeit nehmen?
 1x 2x 3x mehr _____

Wie wurden Sie auf TATKRAFT aufmerksam / durch wen?

Warum haben Sie TATKRAFT gewählt?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Gesundheitsfragebogen

Gesundheits-Fragen:

Rückenprobleme? ja / nein

Gelenkprobleme? ja / nein

Operationen? ja / nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja / nein

Beschwerden unter:

körperlicher Belastung? ja / nein
 Asthma? ja / nein
 Krampfadern? ja / nein
 Bronchitis? ja / nein
 Ärztliche Behandlung? ja / nein
 Therapeutische Behandlung? ja / nein
 Stoffwechselerkrankungen?
 (Schilddrüse / Blutzucker) ja / nein
 Schwangerschaft? ja / nein
 Blasenschwäche? ja / nein
 Machen Sie zurzeit eine Diät? ja / nein
 Wurde jemals ein EKG durchgeführt? ja / nein
 Stress? ja / nein

Risikofaktoren für Herz- und Kreislaufkrankungen:

14. Alter	über 45	10	<input type="checkbox"/>
	über 35	4	<input type="checkbox"/>
	bis 35	0	<input type="checkbox"/>
15. Geschlecht	männlich	2	<input type="checkbox"/>
	weiblich	0	<input type="checkbox"/>
16. Pers. Fragen	Herzfehler / Infarkt	40	<input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	40	<input type="checkbox"/>
	Rythmusstörungen	40	<input type="checkbox"/>
	keine Herzschwäche	0	<input type="checkbox"/>
17. Familie	Herzinfarkt vor 60	16	<input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt nach 60	6	<input type="checkbox"/>
	kein Herzinfarkt	0	<input type="checkbox"/>
18. Blutdruck	Bluthochdruck bekannt	8	<input type="checkbox"/>
	Wert unbekannt	4	<input type="checkbox"/>
	normal / tief	0	<input type="checkbox"/>
19. Rauchen	2 Packungen und mehr	10	<input type="checkbox"/>
	1 bis 2 Packungen	6	<input type="checkbox"/>
	weniger als 1 Packung	3	<input type="checkbox"/>
	Nichtraucher	0	<input type="checkbox"/>
20. Gewicht	Übergewicht	4	<input type="checkbox"/>
	Normalgewicht = (Grösse - 100 / +/- 10%)	0	<input type="checkbox"/>
	kg: Grösse:		
21. Bewegung	kein Training	10	<input type="checkbox"/>
	regelmässig 1 x pro Woche	2	<input type="checkbox"/>
	mindestens 2 x pro Woche	0	<input type="checkbox"/>
22. Auswertung	Total Punkte		<input type="text"/>