

GESUNDHEITSFEEDBACK SEITE 1

Vorname Nachname

Adresse inkl. PLZ & Ort

Telefon E-Mail Adresse

Geburtsstag Größe aktuelles Gewicht Kinder ja nein

Newsletter abonnieren? ja nein

Wie hast Du von mir erfahren?

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Hast Du Trainingserfahrung? ja nein Wenn ja - welche?

Betreibst Du Sport? ja nein Wenn ja - welchen & wie oft?

WÜNSCHE & ZIELE - WAS MÖCHTEST DU MIT MEINEM ANGEBOT ERREICHEN? (MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

Gewichtsreduktion (wenn ja - wie viele KG in welchem Zeitraum)

Ernährungsumstellung

Definition der Muskulatur

Definierte Muskeln im Bereich:

Arme Bauch Beine Brust Gesäß Rücken Schultern

Ausdauer erhöhen Beweglichkeit erlangen Kraft aufbauen

Verbesserung der Koordination

Mehr Beweglichkeit speziell an folgenden Körperpartien:

Arme Bauch Beine Brust Gesäß Rücken Schultern

Entspannung und Ausgleich zum Job / Alltag

Verbesserung der Körperwahrnehmung

Verspannungen lösen an folgenden Körperpartien:

Beine Nacken Schultern

unterer Rücken oberer Rücken Becken / Gesäß / Hüfte

allgemeine Fitness & Fun anderes

GESUNDHEITSFEEEDBACK SEITE 2

Hättest Du mindestens 2 x pro Woche Zeit, etwas für Deine Fitness zu machen? ja nein

Wenn du Deine Ziele erreicht hast, würdest Du diese gerne behalten? ja nein

Wie lange denkst Du braucht es, um Deine Ziele und Wünsche zu erreichen?

Wochen _____ Monate _____ Jahre _____

Was denkst Du könnte dich davon abhalten, Deine Ziele und Wünsche zu erreichen?

Zeit Engagement Geld Krankheit fehlende Hilfe anderes

BERUF

Welchen Beruf übst du momentan aus? _____

Magst Du Deine Arbeit? ja nein

Bist Du dabei glücklich? ja nein

Wie lange sitzt Du bei der Arbeit? _____ % Wie lange stehst Du bei der Arbeit? _____ %

Wie oft bewegst Du Dich bei der Arbeit? _____ % Wie viele Stunden bist Du bei der Arbeit? _____ %

STRESS- & SCHLAFVERHALTEN

Wie hoch ist Dein Stresslevel im Moment (10 = sehr hoch, 1 = sehr niedrig)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was machst Du um zu Entspannen? _____

Wie ist Dein Schlafverhalten?

Einschlafschwierigkeiten Schlaflosigkeit Häufiges Erwachen (Uhrzeit) _____

Wann gehst Du ins Bett? _____ Wann stehst Du auf? _____

Wie fühlst du Dich morgens beim Aufstehen? _____

ABNEHMEN, FIGURVERBESSERUNG

Mit welchem Körpergewicht fühlst Du Dich am Wohlsten? _____ kg oder Kleidergröße

Hast Du schon einmal eine Diät probiert? ja nein

Mit welchem Erfolg? _____

GESUNDHEITSFEEEDBACK SEITE 3

Hast Du oft Heißhunger? ja nein

Bist Du der Meinung, dass eine gesunde Ernährung für Deine Ziele wichtig wäre? ja nein

Wenn ja - was wäre Dir wichtig?

individuelle Ermittlung Deiner Lebensmittel / Deines Stoffwechselltyps

schnelles Abnehmen

Gesundheit

langfristige Betreuung

Wenn nein - warum? -----

GESUNDHEITSFAGEN

Was möchtest Du an Deiner Gesundheit verbessern? -----

Gibt es Vorerkrankungen, OPs oder Verletzungen, die Dich daran hindern könnten, Deine persönlichen Fitnessziele zu erreichen? ja nein

Wenn ja - welche? -----

Hast Du Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein

Wenn ja - welche? -----

Rauchst Du? ja nein

Wenn ja - wie viele Zigaretten am Tag? -----

Leidest Du an Bluthochdruck? ja nein

Gab es bisher Sportverletzungen? ja nein

Wenn ja - welche? -----

Schätze Deine Koordinationsfähigkeit ein (5 = sehr gut, 0 = schlecht)

0

1

2

3

4

5

Nimmst Du Schmerzmittel ein? ja selten nein

Wenn ja - warum und wie oft pro Woche? -----

Wenn selten - warum und wie oft? -----

Leidest Du unter Rückenschmerzen? ja nein

Wenn ja - wo? -----

GESUNDHEITSFEEEDBACK SEITE 4

UMFELD

Sind Deine Freunde und / oder Dein Partner sportlich?

ja nein

Unterstützt Dich Dein soziales Umfeld bei Deinem Fitnessvorhaben?

ja nein

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Gesundheitliche Beschwerden gebe ich der Trainerin VOR Unterrichtsbeginn bekannt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass die von mir angegebenen Daten mit strengster Vertraulichkeit behandelt werden und helfen meiner Trainerin Yvonne Letonja, mich bei der Umsetzung meiner Gesundheitsziele besser betreuen zu können.

Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Ich kann jederzeit per E-Mail oder persönlich im Studio die Löschung meiner Daten beantragen.

Datum, Ort

Unterschrift