

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Adresse: _____

E-Mailadresse: _____ Telefonnummer: _____

Sportliche Vorerfahrungen:

Wann das letzte Mal: _____ Welche Sportart: _____

Häufigkeit in der Woche: 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Erkrankungen / Beschwerden / Einschränkungen / Belastungen:

Herz-Kreislauf-System _____ Orthopädisch (Hüfte, Knie, etc.) _____

Diabetes _____ Lungenerkrankungen (Asthma) _____

Andere Vorerkrankungen: _____

Akute Erkrankungen (Diagnose, Datum): _____

Operationen: _____

Schwangerschaft: ja nein

Entbindung spontan Kaiserschnitt Wann: _____

Rückbildung: ja nein

Raucher (wieviel/Tag): _____ Alkohol (wie oft pro Woche): _____

Allergien, Unverträglichkeiten: _____

Alltags- / Berufsbelastung: stehend (Std.) _____ sitzend (Std.) _____

Stressbelastung (Std.): immer häufig manchmal selten

Medikamente: ja nein

Welche: _____

Trainingsziel:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Steigerung Ausdauer: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Steigerung Kraftausdauer: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Muskelaufbau (Hypertrophie): | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Koordination: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beweglichkeit: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schnelligkeit: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rumpfkraft/Stabilität: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spezielles Training großer Muskelgruppen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gewichtsreduktion: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hintergrundinformationen:

Ruhepuls: _____

Herzfrequenz (HFmax.): _____

Sportliche Verletzungen: ja nein

Welche: _____

Operationen: ja nein

Welche: _____

Datum und Unterschrift Klient

Datum und Unterschrift Melanie Kramm