

HOME
Dani Brunner
Alte Landstrasse 123
8708 Männedorf

PHONE
+41 76 319 00 85
Mo-Fr über Mittag und
abends bis 19.00 Uhr

WEB
www.d-urbantraining.ch

MAIL
info@d-urbantraining.ch

D-URBANTRAINING

Gesundheitsfragebogen (optional)

Um Ihr Training noch spezifischer auszurichten, benötigt d-urbantraining persönliche Infos, die selbstverständlich vertraulich behandelt werden.

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Hobbies _____

Hausarzt _____

Physiotherapeut _____

Persönliche Fitness

1. Was ist Ihre durchschnittliche körperliche Aktivität der letzten sechs Monate (30+ Minuten mit deutlicher Pulserhöhung)

täglich 2-4 wöchentlich wöchentlich gelegentlich keine

2. Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Fitness?

sehr gut gut mittel genügend schlecht

2.1 Haben Sie bereits Erfahrungen gesammelt im Bereich Personal Training/Fitness?
Wenn ja, was und wie oft pro Woche?

Ärztliche Behandlung/Medikamenteneinnahme

3. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

4. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn JA, welche? _____

Atemwege

5. Leiden Sie unter Asthma oder chronischer Bronchitis?

Ja Nein

HerzKreislaufisiko

6. Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt?

Ja Nein

7. Hatten Sie je Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen mit oder ohne körperliche Belastung?

Ja Nein

8. Haben Sie schon das Bewusstsein verloren oder sind Sie schon wegen Schwindel gestürzt?

Ja Nein

9. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder Herzproblemen verschrieben?

Ja Nein

Bewegungsapparat

10. Haben Sie Probleme an Gelenken, Knochen und/oder Muskeln, die sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnten?

Ja Nein

Falls Ja: Welche?

Rücken

Schultern

Knie

Andere:

Risikofaktoren

Ich bin zuckerkrank Ja Nein Weiss es nicht

Ich bin stark übergewichtig Ja Nein Weiss es nicht

Ich habe zu hohe Blutfette (Cholesterin) Ja Nein Weiss es nicht

Ich habe einen zu hohen Blutdruck Ja Nein Weiss es nicht

Work-Life-Balance

Ja Nein Es geht

Fühlen Sie sich zurzeit durch Ihre Arbeit gestresst? Ja Nein Es geht

Haben Sie Mühe, ein- oder durchzuschlafen Ja Nein Es geht

Fühlen Sie sich am Morgen nach dem Aufstehen ausgeruht? Ja Nein Es geht

Damit auch bezüglich Gesundheitsrisiko stets eine adäquate Betreuung/Training möglich ist, bitten wir Sie, bei allfälligen wichtigen Änderungen um eine Mitteilung.

Datum, Ort

Unterschrift des Kunden