

Fragebogen Leistungsdiagnostik/ Trainingsberatung

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Tel.: _____ e-mail: _____

Geburtsdatum: _____ Grösse: _____ Gewicht: _____

Körperliche Belastung im Alltag/Beruf: schwere körperliche Arbeit
 mittlere körperliche Arbeit
 wenig körperliche Arbeit
 keine körperliche Arbeit
 vorwiegend stehend
 vorwiegend sitzend

Psychische Belastung im Alltag/Beruf: gross mittel gering

Persönliches Trainingsziel: Fitness/Gesundheit Wettkampf
 Gewichtsreduktion anderes: _____

Angaben zu den bisherigen Trainingsgewohnheiten:

Sportart:	Häufigkeit und Stunden pro Woche:	Seit wann:
<input type="checkbox"/> Joggen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Strassenvelo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Biken	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inline Skating	_____	_____
<input type="checkbox"/> Schwimmen	_____	_____
<input type="checkbox"/> Wandern	_____	_____
<input type="checkbox"/> Tennis	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fitness (Kraft)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fitness (Ausdauer)	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

Führen Sie ein Trainingstagebuch? ja nein

Wie schätzen Sie ihre momentane Leistungsfähigkeit ein?

Höchstform sehr gut gut mittelmässig untrainiert

Haben Sie ein persönliches Trainingsziel? ja nein

Wenn ja, welches? _____

Wie viele Stunden pro Woche wollen und können Sie für das Training aufbringen? _____

Bitte Rückseite beachten

Angaben zur Gesundheit:

1. Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? ja nein
2. Hat Ihnen jemals ein Arzt empfohlen, Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle auszuführen? ja nein
3. Starb jemand in Ihrer Familie vor dem 50. Altersjahr an einem plötzlichen Herztod? ja nein
4. Hatten Sie jemals Brustschmerzen, Engegefühl oder Atemnot in Ruhe oder unter Belastung? ja nein
5. Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich bei körperlicher Belastung verschlechtern könnte?
Wenn ja, wo: _____ ja nein
6. Ist bei Ihnen eine Lungenkrankheit bekannt? ja nein
7. Ist bei Ihnen jemals unerklärlicher Schwindel oder Bewusstlosigkeit aufgetreten? ja nein
8. Leiden Mitglieder (unter 65 Jahren) Ihrer Familie an koronarer Herzkrankheit, Angina pectoris oder musste ein Herzeingriff vorgenommen werden? ja nein
9. Haben Sie einen erhöhten Blutdruck? ja nein
10. Ist bei Ihnen ein erhöhter Cholesterinspiegel bekannt? ja nein
11. Leiden Sie an Diabetes? ja nein
12. Rauchen Sie? ja nein
 nicht mehr seit: _____
Wenn ja, wie viel und seit wann? gelegentlich seit: _____ regelmässig seit: _____
 weniger als 10 Zig./Tag ca. 10 Zig./Tag mehr als 10 Zig./Tag
13. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche: _____
14. Liegt Ihr letzter ärztlicher Untersuch mit Blutdruckmessung mehr als 2 Jahre zurück? ja nein
15. Gibt es irgendeinen Grund, weshalb Sie im Moment nicht voll belastbar wären ? ja nein
Wenn ja, welchen: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____