GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

THE BEST OF YOU
Improve your Performance

PERSÖNLICHE FRAGEN

Name:	_____	Vorname:	_____
Strasse:	_____	PLZ / Stadt:	_____
Telefon:	_____	E-Mail:	_____
Geburtsdatum:	_____	Beruf:	_____
Grösse:	_____	Gewicht:	_____

PERSÖNLICHE FITNESS

Betreiben Sie regelmässig Sport?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja, welche Sportart/-en betreiben Sie?

_____

_____

Wenn ja, wie oft pro Woche?

- ☐ 1-3 Stunden
- ☐ 3-5 Stunden
- ☐ 5-7 Stunden
- ☐ mehr als 7 Stunden

Wie beurteilen Sie Ihre körperliche Fitness?

- ☐ Sehr gut
- ☐ gut
- ☐ mittel
- ☐ genügend
- ☐ ungenügend

STRESSMANAGEMENT

Fühlen Sie sich bei der Arbeit gestresst?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Haben Sie Mühe, ein- oder durchzuschlafen?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Fühlen Sie sich am Morgen nach dem Aufstehen ausgeruht?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wie viele Stunden Schlaf haben Sie im Schnitt pro Nacht?

- ☐ mehr als 9 Stunden
- ☐ 8-9 Stunden
- ☐ 7-8 Stunden
- ☐ 6-7 Stunden
- ☐ weniger als 6 Stunden

Wie ist Ihr momentaner Stress- / Belastungslevel? Von 1 (gar nicht) bis zu 10 (voll)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

THE BEST OF YOU
Improve your Performance

GESUNDHEITSFRAGEN

Rückenprobleme?

☐ Ja
☐ Nein

Gelenkprobleme?

☐ Ja
☐ Nein

Operationen in den letzten 12 Monaten?

☐ Ja
☐ Nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

☐ Ja
☐ Nein

Sind Sie in ärztlicher Behandlung?

☐ Ja
☐ Nein

Sind Sie in therapeutischer Behandlung?

☐ Ja
☐ Nein

Leiden Sie unter einer Blasenschwäche?

☐ Ja
☐ Nein

Befinden Sie sich in der Schwangerschaft?

☐ Ja
☐ Nein

Leiden Sie unter einer Stoffwechselerkrankung?

☐ Ja
☐ Nein

Haben Sie bekannte Beschwerden mit dem Herzen?

☐ Ja
☐ Nein

Haben Sie bekannte Beschwerden mit den Atemwegen?

☐ Ja
☐ Nein

Machen Sie zurzeit eine Diät?

☐ Ja
☐ Nein

Haben Sie bekannte Schwachstellen an ihrem Bewegungsapparat oder häufige Verletzungen an einer bestimmten Stelle?

☐ Ja
☐ Nein

Wenn ja, welche?

_____

_____

Falls eine Frage mit Ja beantwortet wurde, bitte erläutern:

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

THE BEST OF YOU
Improve your Performance

ERNÄHRUNG

Haben Sie das Gefühl sich ausgewogen zu ernähren?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Gehören Obst und Gemüse zur täglichen Ernährung?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Nehmen Sie regelmässig geregelte Mahlzeiten zu sich?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wie viel Liter Flüssigkeiten nehmen Sie täglich zu sich?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3

Machen Sie zurzeit eine Diät?

- ☐ Ja
- ☐ Nein

Wenn ja, welche Diät?

_____

Welche Genussmittel nehmen Sie zu sich?

- ☐ Kaffee, _____ Tassen pro Tag
- ☐ Zigaretten, ____ pro Tag
- ☐ Alkohol, _____ Gläser pro Tag / Woche
- ☐ Anderes: _____

ZIELE

Was sind Ihre Trainingsziele?

_____

_____

Wie viel Zeit haben Sie für das Training zur Verfügung pro Woche?

_____

Wo möchten Sie vorwiegend trainieren?

☐ Zuhause ☐ Fitnessstudio ☐ in der Natur ☐ abwechselnd

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

☐ Freunde/ Bekannte ☐ Social Media ☐ Suchmaschine Internet ☐ andere: _____

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Hiermit bestätige ich, dass oben genannte Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich versichere sportgesund zu sein und habe mich bei meinem Arzt meines Gesundheitszustandes versichert. Ich lasse mich regelmäßig auf meine Sporttauglichkeit ärztlich untersuchen.

Damit auch bezüglich Gesundheitsrisiko stets eine adäquate Betreuung möglich ist, verpflichtet sich die unterzeichnende Kundin/Kunde, den Trainer über Änderungen des Gesundheitszustandes und/oder einer aktuellen ärztlichen Behandlung und/oder einer allfälligen aktuellen Medikamenteneinnahme im Vergleich zu den vorgehenden Angaben umgehend zu informieren.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____