

Herr  Frau

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Tel P \_\_\_\_\_ Tel Natel/G \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_ Grösse/Gewicht \_\_\_\_\_

**Haben Sie Erfahrungen mit Kraft- & Ausdauertraining?**  Ja  Nein

**Sind Sie sportlich aktiv?**  Ja  Nein

wenn ja, was und wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

## Trainingsziele

**Welches sind Ihre Ziele, die Sie durch ein regelmässiges Training erreichen möchten?**

- Rückentraining  Muskelaufbau  Haltung / Beweglichkeit  
 Ausdauer verbessern  Sportartspezifisch  Anderes: \_\_\_\_\_  
 Gewichtsreduktion  Ausgleich zu \_\_\_\_\_

**Wie oft möchten Sie pro Woche trainieren?** \_\_\_\_\_

**Wie viel Zeit wollen Sie pro Training investieren?** \_\_\_\_\_

## Gesundheitszustand

Wenn Sie die nachfolgenden Fragen **mehrheitlich mit «Ja»** beantworten, empfehlen wir Ihnen, vor dem Trainingsbeginn **den Rat Ihres Arztes** einzuholen.

- **Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?**  Ja  Nein  
 wenn ja, warum? \_\_\_\_\_
- **Atemwegserkrankungen:**  Ja  Nein  
 wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- **Nehmen Sie zur Zeit Medikamente?**  Ja  Nein  
 wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- **Leiden Sie unter Herz- Kreislaufproblemen?**  Ja  Nein  
 wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- **Leiden Sie an Rücken- oder Gelenkschmerzen?**  Ja  Nein  
 wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- **Operationen?**  Ja  Nein  
 wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- **Schwangerschaft?**  Ja  Nein  
 wenn ja, welcher Monat? \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit obenstehender Angaben:

Ort und Datum

Unterschrift Kunde

Visum Instruktor/in

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_