

**Fragebogen für persönlichen Trainingsplan**

**Persönliche Daten:**

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

Geb.-Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Str./Hausnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAil:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tätigkeit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Männlich ⃝ Weiblich ⃝

**Körperdaten:**

Größe:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gewicht:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tallienumfang \_\_\_\_\_\_\_\_\_cm Hüftumfang \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_cm

**Gesundheitscheck: Nein Ja Welche?**

Haben Sie Kreislaufbeschwerden? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen Stoffwechselerkrankungen? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen Schlafstörungen? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rauchen Sie? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Übermäßiger Alkoholgenuss? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Rückenschmerzen? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haben Sie Diabetes? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Schäden des Knochenapparates? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Muskelschäden/Bänder/Sehnen? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Knorpelschäden/Meniskus? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bestehen andere Krankheiten? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente? ⃝ ⃝ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie oft treiben Sie Sport pro Woche?

Nie ⃝ 1x ⃝ 2-3x ⃝ 4-5x ⃝ 6-7x ⃝

Wie beurteilen Sie Ihre momentane Fitness?

Sehr gut ⃝ gut ⃝ befriedigend ⃝ ausreichend ⃝

mangelhaft ⃝ ungenügend ⃝

Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Ernährungsweise?

( 1=sehr gesund / 6= ungesund ) \_\_\_\_\_\_\_

Welche Problemzonen sollen trainiert werden?

Oberkörper ⃝ Bauch ⃝ Rücken ⃝ Beine,Po ⃝ Fettverbrennung ⃝

Ausdauer ⃝ Schnellkraft ⃝ Kraftausdauer ⃝

Welche Sportarten wurden bisher betrieben? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welche Sportart soll speziell trainiert werden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wie oft wöchentlich können Sie trainieren? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Welches Ziel soll erreicht werden? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wo möchten Sie trainieren? Fitnesscenter ⃝ zu Hause ⃝

Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_