

**Fragebogen Hormonelles Training**

**Cortisol**

**Persönliche Daten:**

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

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

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

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

Männlich ⃝ Weiblich ⃝

**Körperdaten:**

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

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

**Symptome: Niemals Manchmal Regelmäßig Immer** Gefühl der Enge in der Brust ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Atembeschwerden ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Einschlafstörungen ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Chronische Müdigkeit ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Morgens müde ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Verdauungsbeschwerden ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Unzufriedenheit ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Appetitlosigkeit ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Muskelverspannungen ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Kopfschmerzen ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Rückenschmerzen ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Starkes Schwitzen ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

Gereiztheit ⃝ ⃝ ⃝ ⃝

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 ) \_\_\_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihren Gewichtsstatus?

Übergewicht ⃝ Genau richtig ⃝ Untergewicht ⃝

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

Wie oft haben Sie schon Diäten durchgeführt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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