

Eingangsfragebogen

*Personal Training
Sven Jacobsen*

Frau Herr

Name:		Geb.-Datum:	
Straße:		Gewicht: kg	Größe: cm
PLZ / Wohnort:		Körperfett: %	RR: mmHg
Telefon/Handy:		Ruhepuls: Schl./Min	BMI: kg/m ²
E-Mail:			

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt?

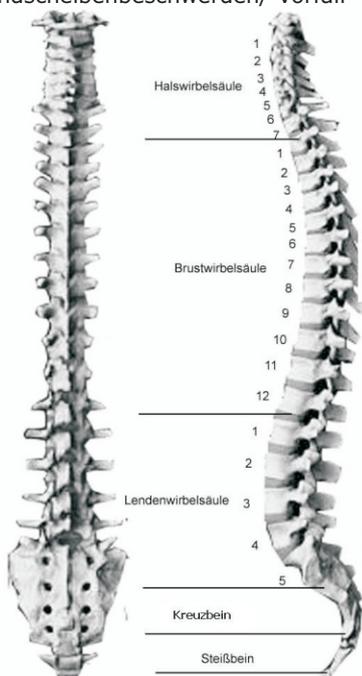
Bluthochdruck	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Gefäßverkalkungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Osteoporose	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Schilddrüsenbeschwerden	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Asthma	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Sonstige	<input type="text"/>

Orthopädische Beschwerden (Erkrankungen, Verletzungen, Operationen, usw.)

Wirbelsäule

Bandscheibenbeschwerden/-vorfall

nein ja



Beschwerden / Sonstiges



Internistische Beschwerden (Erkrankungen, Verletzungen, Operationen, usw.)

Herz-Kreislauf-System	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Stoffwechselorgane	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Magen-Darm-Trakt	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Sonstiges	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

⚡ Risikoverhalten

Zigarettenkonsum nein ja Alkoholkonsum nein ja

Medikamente nein ja

Sonstiges

Persönliches Befinden

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Stresshäufigkeit ein?

selten ab und zu häufig sehr häufig

Hatten Sie in den letzten 14 Tagen eine fiebrige Erkrankung?

nein ja ⇒

Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft? Geburtstermin?

nein ja ⇒

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Grund?

nein ja ⇒ Name/ Anschrift des behandelnden Arztes

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Sport-Vorerfahrungen?

Ziele?

Haftungsausschlusserklärung

Ich bin mir darüber bewusst, dass mit körperlichem Training ein erhöhtes Verletzungs- und Beschwerderisiko einhergehen kann. Als Trainingsneueinsteiger oder als Trainierender im so genannten fortgeschrittenen Alter (Männer über 45 Jahre / Frauen über 55 Jahren) kann mein Risiko zusätzlich erhöht sein und bedarf vorsorglich vor Trainingsaufnahme fachärztlicher Zustimmung mit Unbedenklichkeitserklärung. Dennoch möchte ich derzeitig keinen Arzt konsultieren und übernehme trotz der potentiellen Gesundheitsrisiken die volle Verantwortung für meine körperlichen Aktivitäten im Training. Hiermit schließe ich demgemäß sämtliche Haftungsansprüche gegenüber Personal Training Sven Jacobsen, welche aus eventuellen gesundheitlich medizinischen Problemen als Folge des Trainings entstehen können, ausdrücklich aus.

**Personal Training
Sven Jacobsen
Am Buirer Fließ 15
50170 Kerpen-Buir**

**Mobil: 0171 - 8 20 88 88
E-Mail: mail@fit-mit-sven.de**

Personal Training Sven Jacobsen

Ort, Datum

Unterschrift

Personal Training Sven Jacobsen

Unterschrift

Vertragspartner/in

(bei Minderjährigen gesetzl. Vertreter)