

Datum: \_\_\_\_\_

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

männlich

weiblich

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Anschrift: Straße, PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

**Wie viel KG wiegst du?**

**Was führt dich zu uns?**

**Gibt es gesundheitliche Einschränkungen? Wenn Ja, welche:**

**Nimmst du Medikamente? Wenn Ja, welche?**

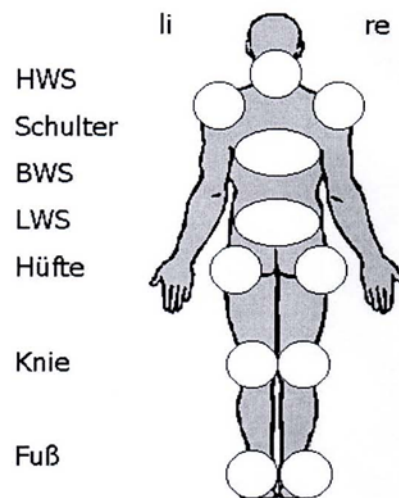
**Hast du Gelenk,-oder Rückenschmerzen? Wenn Ja, wo?**

**Schmerzeinschätzung**

Bitte schätzen Sie Ihre Schmerzen ein.  
Tragen Sie in jeden Kreis der Figur  
Ihre derzeit wahrgenommenen  
Schmerzen als Zahl von 0 bis 10 ein.

0 = kein Schmerz

10 = größtmöglicher Schmerz



**Hast du Erfahrungen im Fitnessstraining?**

**Hast du schon regelmäßig Sport getrieben? Wenn ja, wann, welche und wie lange?**

---

---

---

**Wie schätzt du deine körperliche Leistungsfähigkeit ein? Bewerten Sie sich auf einer Skala von 1(sehr schlecht) bis 10(hervorragend). Kreisen Sie ein.**

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**Wie sieht deine berufliche Tätigkeit vorwiegend aus?**

- überwiegend sitzend
- überwiegend stehend
- mit viel Bewegung
- wenig Bewegung
- stressig

**Wie sind deine Arbeitszeiten?**

---

**Welche Ziele möchtest du durch das Training erreichen?**

---

---

---

**In welchem Zeitrahmen möchtest du Ihre Ziele verwirklichen?**

---

**Wie oft kannst du pro Woche zum Training kommen?**

---

**Wie viel Zeit steht dir für das einzelne Training zu Verfügung?**

---

---

**Möchtest du zuhause oder im Gym trainieren?**

---

**Zu welcher Tageszeit möchtest du trainieren?**

---