



Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen dient zu Ihrer Sicherheit. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Allgemeine Daten:	
Vorname:	Name:
Strasse:	Telefon:
E-Mail:	Beruf:
Alter:	
Arbeitspensum:	Tätigkeit: sitzend <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/>
Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?	Empfohlen von:
Medizinische Fragen:	
Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Operationen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden an Ihrem passiven Bewegungsapparat? (z.B. Arthrose in Gelenken)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Beschwerden an Ihrem aktiven Bewegungsapparat? (z.B. Muskelkrämpfe)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie oft Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an einer Erkrankung der Atemwege? (z.B. Belastungsasthma)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie an einer Stoffwechselkrankheit? (z.B. Diabetes)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gesundheitsdaten:	
Körpergrösse:	Körpergewicht:
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Blutdruck:	<input type="checkbox"/> Blutdruck bekannt <input type="checkbox"/> Wert unbekannt <input type="checkbox"/> Normal/tief
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hobbys?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ihre bisherige Sporterfahrung?	
Was ist Ihr Trainingsziel?	
Was ist Ihre Motivation?	

Was haben Sie für Erwartungen?	
Ernährungsfragen:	
Sind Sie Vegetarier?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie oft essen Sie am Tag?	
Essen Sie regelmässig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie schon mal eine Diät gemacht? Wenn ja, wieso haben Sie damit aufgehört?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie irgendwelche Allergien?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wieviel Wasser trinken Sie am Tag?	
Was trinken Sie genau?	
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wie oft?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind Sie nach etwas süchtig? (z.B. Süssigkeiten oder salzige Knabbereien)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie irgendwelche Supplemente?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie familiäre Erkrankungen? (z.B. wie Diabetes)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie irgendwelche Allergien (z.B. Unverträglichkeiten)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Als Kunde von Box-Gym-Zofingen bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.
Gesundheitliche Beschwerden, die durch ungenaue oder unkorrekte Angaben während des Trainings entstehen können, gehen zu Lasten meiner Versicherung als Kunde.

Ort/Datum: _____ Unterschrift Kunde: _____

Unterschrift Trainer: _____