

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Sportliche Vorerfahrungen:**

Wann das letzte Mal: \_\_\_\_\_ Welche Sportart: \_\_\_\_\_

Häufigkeit in der Woche:  1 mal  2-3 mal  mehr als 3 mal

**Erkrankungen / Beschwerden / Einschränkungen / Belastungen:**

Herz-Kreislauf-System \_\_\_\_\_  Orthopädisch (Hüfte, Knie, etc.) \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_  Lungenerkrankungen (Asthma) \_\_\_\_\_

Andere Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Akute Erkrankungen (Diagnose, Datum): \_\_\_\_\_

Operationen: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft:  ja  nein

Entbindung spontan  Kaiserschnitt Wann: \_\_\_\_\_

Rückbildung:  ja  nein

Raucher (wieviel/Tag): \_\_\_\_\_ Alkohol (wie oft pro Woche): \_\_\_\_\_

Allergien, Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Alltags- / Berufsbelastung:  stehend (Std.) \_\_\_\_\_  sitzend (Std.) \_\_\_\_\_

Stressbelastung (Std.):  immer  häufig  manchmal  selten

Medikamente:  ja  nein

Welche: \_\_\_\_\_

**Trainingsziel:**

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Steigerung Ausdauer:                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Steigerung Kraftausdauer:                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Muskelaufbau (Hypertrophie):              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Koordination:                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Beweglichkeit:                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Schnelligkeit:                            | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Rumpfkraft/Stabilität:                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spezielles Training großer Muskelgruppen: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gewichtsreduktion:                        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Hintergrundinformationen:**

Ruhepuls: \_\_\_\_\_

Herzfrequenz (HFmax.): \_\_\_\_\_

Sportliche Verletzungen:  ja  nein

Welche: \_\_\_\_\_

Operationen:  ja  nein

Welche: \_\_\_\_\_

---

Datum und Unterschrift Klient

---

Datum und Unterschrift Nina Trolle