

## Fragebogen für Fitnessinstruktion

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

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

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

PLZ Ort: \_\_\_\_\_

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

Tel. P: \_\_\_\_\_

Natel: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

	Ja	Nein	wann:
Hatten sie je eine Finesseinführung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fühlen sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treiben sie regelmässig Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Was/wie viel?			

Leiden sie an:	Ja	Nein
Herz-Kreislaufproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoffwechselerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben sie Gelenkprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten sie bereits irgendwelche Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nehmen sie zur Zeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

Ziele (Trainingsfrequenz, Ziel des Trainings, Intensität...)

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben des Fragebogens

Ort, Datum

Unterschrift Fitnesssteilnehmer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_