

Gesundheitsfragebogen Valicoaching

Geschlecht: W M

Name: _____

Tel. Privat: _____

Vorname: _____

Tel. Geschäft: _____

Strasse/Nr.: _____

Natel: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

e-mail: _____

Beruf: _____

Sind Sie momentan in Ärztlicher Behandlung? (Qualitop)

Nein Ja Bemerkung: _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente welche Sie in Ihrem Training beeinflussen? (Qualitop)

Nein Ja Bemerkung: _____

Haben Sie Beschwerden mit dem Herz- Kreislaufsystem? (Qualitop)

Nein Ja Bemerkung: _____

Blutdruckwerte und Ruhepuls

_____ / _____ BPM

Ihr Gewicht und Grösse?

_____ kg _____ cm

Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?

Nein Ja Bemerkung: _____

Haben Sie Beschwerden am passiven Bewegungsapparat? (Arthrose, Osteoporose, Kunstgelenk, Knochenbrüche etc.) (7&8 Qua-

Nein Ja Bemerkung: _____

Haben Sie Beschwerden am aktiven Bewegungsapparat? (Muskelhärte, -zerrungen, -krämpfe, Sehnenentzündung etc.)

Nein Ja Bemerkung: _____



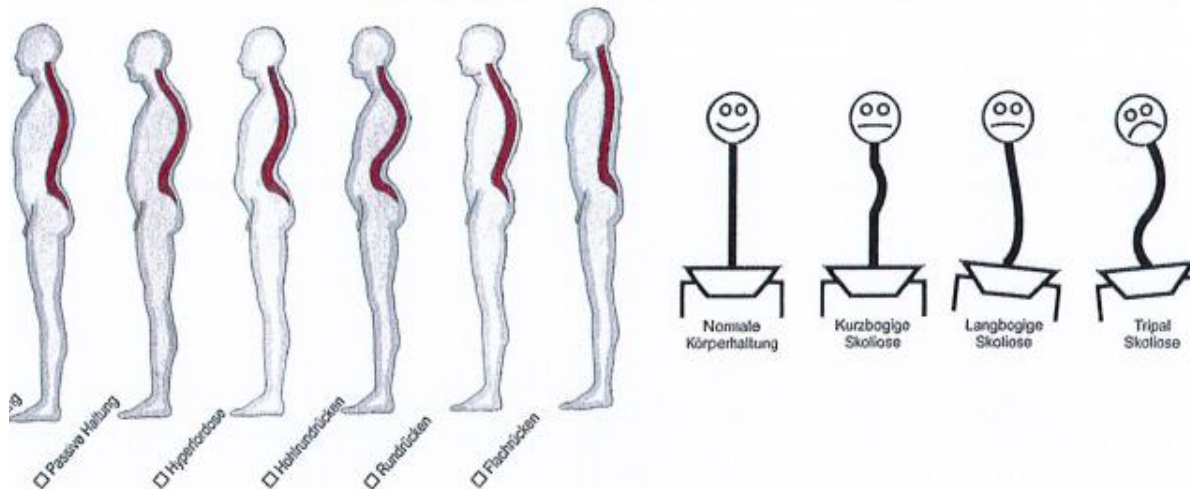
Leiden Sie öfters unter Rückenschmerzen?

Nein Ja Bemerkung: _____

Gesundheitsfragebogen Valicoaching

Ist bei ihnen eine Fehlstellung der Wirbelsäule diagnostiziert? (Rund-, Hohl-, Flachrücken, Skoliose, Scheuermann etc)

Nein Ja Bemerkung: _____



Sind andere Fehlhaltungen an ihnen diagnostiziert? (Körperachsen, Einlagen, Spreiz-, Senk-, Plattfuss etc.)

Nein Ja Bemerkung: _____

Hatten Sie in der Vergangenheit Operationen?

Nein Ja Bemerkung: _____

Haben Sie Beschwerden mit Ihrer Atmung bezüglich Bronchitis, Asthma, Allergien etc.(13&14 Qualitop zusammengefasst)

Nein Ja Bemerkung: _____

Haben Sie Beschwerden mit dem Stoffwechsel (Diabetes, Verdauung, etc.)?

Nein Ja Bemerkung: _____

Leiden Sie öfters unter Erkältungen, Grippe?

Nein Ja Bemerkung: _____

Welches Ziel wollen Sie mit dem Training erreichen?

Kraft/Beweglichkeit Ausdauer Rehabilitation/Prävention Gewichtsreduktion

Muskelaufbau/Bodybuilding Andere Allg. Wohlbefinden

Bemerkung: _____

Wieviehlmal pro Woche können Sie sich für Ihr Training Zeit nehmen und wie lange soll eine Einheit dauern?

1x 2x 3x 4x 5x und mehr

Dauer: _____

Welche Erfahrungen haben Sie bezüglich Training?

Keine Bemerkung: _____

Möchten Sie noch etwas hinzufügen das Sie für Ihr Training als wichtig empfinden?

Nein Ja Bemerkung: _____

Als Kunde von _____ bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Gesundheitliche Beschwerden die durch ungenaue oder unkorrekte Angaben während dem Probetraining entstehen können, gehen zu Lasten meiner Versicherung als Kunde.