

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon / Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Jahre Geschlecht: w  / m

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Blutdruck \_\_\_\_\_ Puls \_\_\_\_\_

BMI:  $\frac{\text{Gewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2}$  BMI normal 18-25, adipös >30 (35) Fettwert: \_\_\_\_\_

Raucher: Ja  Nein  \_\_\_\_\_/Tag

Diät: Ja  Nein

Beruf: \_\_\_\_\_

sitzend  stehend Körperlich anstrengend: Ja  Nein  PC-Arbeit: Ja  Nein

Sport: Ja  Nein  \_\_\_\_\_/Woche

Freizeit  Leistungssport  Hochleistungssport

Trainingsziel:

Cardiofitness  Gewichtsreduzierung  Muskelstraffung  Muskelaufbau

Krafttraining

Gesundheitliche Risiken und Krankheitsbilder

Diabetes  Cholesterin >200  Bluthochdruck

Symptome: ( Schmerzen, wann, wo, wie, lokal/diffus, in Ruhe/unter Belastung)

Therapie: operativ  , welche: \_\_\_\_\_

konservativ  Pharmaka  , welche: \_\_\_\_\_

Name, Anschrift des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Letzter Arztbesuch: \_\_\_\_\_ Nachricht im Notfall: \_\_\_\_\_

**Alle Teilnehmer, die älter als 35 Jahre sind und länger als 2 Jahre keinen Sport betrieben haben, wird vor Aufnahme des Trainings zu einem ärztlichen Check des Herz-Kreislaufsystems sowie des Haltungs- und Bewegungsapparates geraten. Der Teilnehmer bestätigt die Richtigkeit der Angaben und Kenntnisnahme der o. a. Hinweise und Empfehlungen.**

\_\_\_\_\_  
(Teilnehmer)