

Persönliche Daten & Ziele

Personenangabe

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Größe	
Gewicht	
heutiges Datum	

Adresse & Kontakt

Straße/Hausnr.	
PLZ und Ort	
Telefon	
Email	
Dürfen wir Ihnen aktuelle Informationen zu unseren Angeboten zusenden?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> O

Training

Hauptsport	
Häufigkeit/Woche	
Trainingsstunden/Woche	

Trainingsziele

<input type="checkbox"/> Verbesserung der allgemeinen Ausdauer/Herz-Kreislauf-Fitness <input type="checkbox"/> Entwicklung der spezifischen sportlichen Leistung <input type="checkbox"/> Reduktion/Vorbeugung von Wirbelsäulenbeschwerden <input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion <input type="checkbox"/> Entspannung und Stressabbau <input type="checkbox"/> Weitere _____
--

Gesundheitliche Beschwerden

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Erhöhtes Cholesterin <input type="checkbox"/> Erhöhte Harnsäure <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 1 <input type="checkbox"/> Diabetes Typ 2 <input type="checkbox"/> Wirbelsäule <input type="checkbox"/> Raucher _____ Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel (<30' Bewegung/Tag) <input type="checkbox"/> Chronischer Stress <input type="checkbox"/> Medikamente: _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
--