



## **Kontaktformular für individuellen Trainingsplan**

Die Word-Datei ist editierbar.

Füllen Sie sie aus und senden Sie sie an meine E-Mail-Adresse: gregfit@gmx.de

Unnötiges bitte durchstreichen oder mit "Nein" beantworten.

Vielen Dank.

Vor- und Nachname:

Kontakt-E-Mail:

Kontakt-Telefon:

Geschlecht / Alter / Gewicht / Größe:

Hauptziel des Trainings:

Ich möchte dieses Ziel erreichen, weil:

### **Fragen und Antworten zur Programmierung des Trainingsplans**

#### **Arbeit und Lebensstil**

1. Welche Art von Beruf übst du aus?
  - Sitzend,
  - Stehend,
  - In Bewegung,
  - Körperlich anstrengend,
  - Anderes.
2. Wie viele Stunden arbeitest du durchschnittlich pro Tag?
3. Wie hoch ist deine Stressresistenz im Leben auf einer Skala von 1 (niedrigste) bis 10 (höchste)?
4. Wie viele Stunden schläfst du durchschnittlich pro Tag?
5. Um welche Uhrzeit gehst du durchschnittlich schlafen und um welche Uhrzeit stehst du auf?
6. Fühlst du dich nach dem Schlafen ausgeruhter oder müder?

## **Körperliche Aktivität**

1. Wie bewertest du deine tägliche körperliche Aktivität?
  - Hauptsächlich sitzend oder liegend. Wenig aktiv
  - Den ganzen Tag in Bewegung. Mäßig aktiv
  - Ich betreibe mindestens 3-mal pro Woche Sport. Kein Sportler
  - Ich betreibe mindestens 4-mal pro Woche Sport. Sportler/in
2. Betreibst du spontane Freizeitaktivitäten an Wochentagen oder am Wochenende?
3. Wenn ja, welche Aktivitäten?
4. Welche Art von Freizeitsport macht dir Freude und gibt dir Zufriedenheit?
5. Hast du zuvor schon mit einem Personal Trainer oder einem Trainer einen Trainingsplan erstellt?
6. Wie lange hast du bereits Erfahrung im Fitnessstudio? Z.B. 1 Jahr, unregelmäßig
7. Hast du an Gruppen-Fitnesskursen teilgenommen und wenn ja, welche?

## **Medizinische Angaben**

1. Wann hast du zuletzt eine grundlegende Blutuntersuchung gemacht?
2. Gibt es in den Blutuntersuchungen relevante Befunde? Wenn ja, bitte angeben.
3. Hast du derzeit unerklärliche Beschwerden wie:
  - Ohnmacht,
  - Bewusstlosigkeit,
  - Schwindel,
  - Bauchschmerzen,
  - Kopfschmerzen,
  - Brustschmerzen.
4. Hast du in letzter Zeit oder im Laufe deines Lebens Operationen oder Eingriffe gehabt?
5. Hattest du oder hast du derzeit gesundheitliche Probleme mit dem:
  - Knochen- und Gelenkerkrankungen (Verrenkungen, Frakturen, andere),
  - Atemwegserkrankungen (einschließlich Asthma, Schlafapnoe, Atemnot),
  - Kreislauf- und Herzkrankheiten,
  - Nerven- und Muskelerkrankungen,
  - Harn- und Geschlechtskrankheiten (Infektionen, Harninkontinenz),

- Verdauungssystem (einschließlich diagnostizierter Stoffwechselerkrankungen, diagnostizierter Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten),
- Hormonelle Erkrankungen:
  - Hast du jemals deinen Hormonstatus überprüfen lassen?
  - Verwendest du oder hast du eine Form der Verhütung verwendet?
  - Wann war dein letzter gynäkologischer Besuch?
  - Bitte schließe aufgrund der gynäkologischen Untersuchung das Vorhandensein von Zysten, Erosionen, Endometriose, PCO, PCOS, Tumoren oder anderen Erkrankungen aus.
  - Sind deine Eisprung- oder Menstruationszyklen regelmäßig?
- 6. Hast du eine diagnostizierte Sehstörung? Wenn ja, welche?
- 7. Hast du eine diagnostizierte Haltungsschwäche? Wenn ja, welche?
- 8. Hast du diagnostizierte Erkrankungen wie:
  - Schilddrüsenerkrankungen (Hypothyreose, Hyperthyreose, Hashimoto, Basedow),
  - Glukosestörungen (Hypoglykämie, Hyperglykämie, Diabetes, Insulinresistenz),
  - Gelenkerkrankungen,
  - Krebserkrankungen,
  - Degenerative Erkrankungen,
  - Bandscheibenvorfall,
  - Ischias,
  - Andere.
- 9. Nimmst du derzeit Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Welche?
- 10. Verwendest oder missbrauchst du:
  - Zigaretten,
  - Alkohol,
  - Süßigkeiten,
  - Kaffee,
  - Andere.