

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

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Betreiben Sie regelmässig Sport?  Ja  nein

Wenn ja, was und wie oft pro Woche: \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihre körperliche Fitness? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zurzeit Medikamente oder Supplemente ein?  Ja  nein

Falls ja, welche?

- Gegen Blutdruck
- Mineralien
- Entwässerungstabletten
- gegen Blutfette
- Gegen zu hohen Blutzucker
- Vitamine
- Herzfrequenzbeeinflussende Medikamente (Bsp.: Beta-Blocker)
- Medikamente gegen Blutgerinnung
- Medikamente für Schilddrüsen-Überfunktion
- Schilddrüsen-Unterfunktion
- Sonstige

Haben oder hatten Sie Beschwerden im Bewegungsapparat?  Ja  nein

Falls ja, welche? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

- |                                       |              |         |               |
|---------------------------------------|--------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Schulter     | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen   | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Handgelenk   | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Rücken       | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Hüfte        | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Knie         | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenk | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Sonstige:    | _____        |         |               |

Sind Sie schwanger?  Ja SSW:  Nein

Hiermit erkläre ich, dass ich gesund und trainingstauglich bin. Bei Beschwerden /Bsp.: plötzliche Befindlichkeitsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Schmerz, Verletzung, Herzrasen o. ä.) werde ich meinem Trainer/in umgehend darüber in Kenntnis setzen und einen Arzt konsultieren.

Ich bestätige hiermit die AGB und Datenschutzbestimmungen sowie den Haftungsausschluss zur Kenntnis genommen zu haben und akzeptiere diese mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift