

Persönliches Fitness-Profil

.....
Datum

.....
Berater

.....
Vorname

.....
Nachname



.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
Telefax

.....
Mobil

.....
E-Mail-Adresse

.....
Geburtsdatum

Allgemeine Informationen

Wie haben Sie von uns erfahren?

Waren Sie schon einmal bei uns?

ja nein

Haben Sie Trainingserfahrung?

ja nein

Wenn ja, welche?

Persönliche Wünsche und Ziele

Was ist Ihr Wunsch und Ziel an uns?

Abnehmen

Figurverbesserung, wo

Muskelaufbau

körperliche Fitness

Verbesserung der Gesundheit

Sonstiges

Hätten Sie mindestens 2x pro Woche Zeit etwas für Ihre Fitness zu machen?

ja nein

Wenn Sie Ihre Ziele erreicht haben, würden Sie diese gerne behalten?

ja nein

Wie lange denken Sie, braucht es, um Ihre Ziele und Wünsche zu erreichen?

Wochen Monate Jahre

Beruf

Welchen Beruf üben Sie momentan aus?

Mögen Sie Ihre Arbeit und sind Sie dabei glücklich?

ja nein

Wie lange sitzen Sie bei der Arbeit? %

Wie lange stehen Sie bei der Arbeit?

Wie oft bewegen Sie sich bei der Arbeit? %

Wie viele Stunden sind Sie bei der Arbeit?

Stress- und Schlafverhalten

Wie hoch ist Ihr Stresslevel im Moment (10 = sehr hoch, 1 = sehr gering)

- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Was tun Sie, um sich zu entspannen?

Wie ist Ihr Schlafverhalten?

- Einschlafschwierigkeiten Schlaflosigkeit Häufiges Erwachen (Uhrzeit?

Wann gehen Sie zu Bett? Uhr Wann stehen Sie auf? Uhr

Wie fühlen Sie sich morgens beim Aufstehen?

Abnehmen, Figurverbesserung

Mit welchem Körpergewicht fühlen sie sich am wohlsten? kg / Kleidergröße

Haben Sie es schon einmal mit einer Diät probiert? ja nein

Mit welchem Erfolg?

Sind Sie der Meinung, dass eine gesunde Ernährung für Ihre Ziele wichtig wäre? ja nein

Wenn ja, was wäre Ihnen wichtig? schnelles Abnehmen langfristige Betreuung

Gesundheit individuelle Ermittlung Ihrer/s Lebensmittel / Stoffwechselftyps

Wenn nein, warum?

Gesundheitsfragen

Was möchten Sie an Ihrer Gesundheit verbessern?

Gibt es Vorerkrankungen, OPs oder Verletzungen, die Sie daran hindern könnten, Ihre persönlichen Fitnessziele zu erreichen?

ja nein Wenn ja, welche?

Besteht bei Ihnen eine Allergie oder Unverträglichkeit?

ja nein Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Umfeld

Sind Ihre Freunde und/oder Partner sportlich? ja nein

Unterstützt Ihr soziales Umfeld Sie bei Ihrem Fitnessvorhaben? ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten zum Zwecke der Programmerstellung verarbeitet werden und wurde auf die neue Datenschutzverordnung hingewiesen, weitere Informationen zum Datenschutz findest du auf meiner Webseite.