

Bedarfsanalyse zum Erreichen Ihrer Ziele

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Diagnose/ Beschwerden	
Telefon	
Hausarzt	
Krankenkasse	
Beruf	
Größe / Gewicht	
Gruppe Zeit	
Datum / Therapeut	

Persönliche Fragen:

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Was möchten Sie mit dem Training bei uns erreichen? Welche Zielstellungen haben Sie?

A: _____

B: _____

C: _____

Sonstiges: _____

Gesundheitsfragen:

Haben Sie gesundheitliche Probleme?

.....

Herz-/Kreislaufbeschwerden	ja	()	nein	()
Rücken-/Gelenkprobleme	ja	()	nein	()
Operationen	ja	()	nein	()
In ärztlicher Behandlung	ja	()	nein	()
Schwangerschaft	ja	()	nein	()
Beschwerden bei Belastung	ja	()	nein	()
Diabetes	ja	()	nein	()
Asthma	ja	()	nein	()
Medikamente	ja	()	nein	()

Waren Sie schon einmal in einem Fitness – Gesundheitszentrum?

Ja () Nein ()

Betreiben Sie eine Sportart?

Ja () Nein ()

Wenn Ja, welche und wie oft ?

Bemerkungen/Details:

Bestätigung der Angaben:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift

Haftungsausschlussklärung:

Ich versichere, sportgesund zu sein. Ich habe mich bei einem Arzt meines Gesundheitszustandes versichert. Habe ich darauf verzichtet, so tue ich dies auf eigene Verantwortung. Es ist mir bewusst, dass mein Training in Ihrer Gesundheitsanlage in eigener Verantwortung erfolgt. Ich schließe deshalb alle Haftungsansprüche gegenüber Ihrer Gesundheitsanlage, die aus evtl. gesundheitsmedizinischen Problemen als Folge des Trainings entstehen können, ausdrücklich aus.

Ort/Datum

Unterschrift