

Hallo

Wir haben uns für den _____ um _____ Uhr in

zum persönlichen Termin verabredet. In Vorbereitung auf unser Treffen möchte ich dich bitten, die folgenden Fragen zu beantworten.

1 Bitte gib dein Geburtsdatum, deine Größe und dein Gewicht an:

Geburtsdatum

Größe in cm

Gewicht in kg

2 Was sind deine 3 wesentlichen Ziele in unserer Zusammenarbeit?

3 In welchem Bereich wünschst du dir Unterstützung?

Nahrung

Mentales

Bewegung

Regeneration

4 Hast du persönliche Erfahrungen mit dem Thema Vorsorge durch Gesundheitsförderung zum aktiven Schutz vor chronischen Erkrankungen wie Demenz, Diabetes und Krebs?

Nein

Ja, und zwar:

5 Welche Sportart/Bewegungsform betreibst du aktuell?

6 Mochtest du in deiner Jugend Sport? Welchen?

Fortsetzung auf der nächsten Seite »

« Fortsetzung von vorheriger Seite

7 Was gibt bzw. hat dir regelmäßiger Sport gegeben? (Mehrfachnennung möglich)

erfüllten Sex	geistige Leistungsfähigkeit	Gemeinschaft anderer
körperliche Leistungsfähigkeit	Stressausgleich	Vitalität
Wohlbefinden	Wunschkörper/-gewicht	

8 Wenn du eine/n Sportler/in als Vorbild wählen würdest, wer wäre das?

9 Wie würdest du dich gerne im Anschluss an eine Bewegungseinheit fühlen?

ausgepowert	müde	zufrieden
kraftvoll	vital	ruhig
entspannt	erfrischt	

10 Inwiefern möchtest du deinen Körper verändern? (Mehrfachnennung möglich)

Ausgeglichenheit/Ruhe finden	Bewegung zurückgewinnen	länger durchhalten
Medikamente reduzieren	Muskeln aufbauen	Körper straffen
schlanker werden	Schmerzen lindern	

11 Kannst du dir vorstellen, täglich 9 Minuten deiner Zeit in Bewegung zu investieren?

Nein Ja

12 Gibt es Bereiche deines Körpers, an denen du Schmerzen hast?

Kopf	Brust	Rücken	Nacken
Schulter	Bauch	Arme	Hände
Finger	Ellenbogen	Hüfte	Gesäß
Knie	Beine	Füße	

Beschreibe den Schmerz kurz mit deinen Worten:

Fortsetzung auf der nächsten Seite »

« Fortsetzung von vorheriger Seite

13 a) Wie lange und b) wann treten diese Schmerzen auf?

- a) akut chronisch unregelmäßig
- b) morgens Tagesverlauf abends nachts

14 Gibt es einen medizinischen Befund aus der Vergangenheit?

Nein Ja, und zwar:

15 Hast du häufiger mit Infekten zu tun?

Nein Ja

16 Woran sind deine sportlichen Aktivitäten bisher gescheitert?

- Sport nie unterbrochen keinen Fortschritt keinen Spaß
- Verletzung (akut/chronisch) Zeitmangel Andere:

17 Bestehen folgende gesundheitliche Risikofaktoren?

- | | | | |
|---------------------------|------|----|-----------|
| Bluthochdruck | Nein | Ja | Unbekannt |
| Erhöhtes Cholesterin | Nein | Ja | Unbekannt |
| Diabetes | Nein | Ja | Unbekannt |
| Rauchen | Nein | Ja | Unbekannt |
| Familiäre Vorerkrankungen | Nein | Ja | Unbekannt |

Fortsetzung auf der nächsten Seite »

« Fortsetzung von vorheriger Seite

18 Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, und zwar:

19 Greifst du regelmäßig auf Nahrungsergänzungen zurück?

Nein Ja, und zwar:

Deine E-Mail-Adresse

Deine Telefonnummer (mobil)

Codierung (intern)