Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Gerne bitten wir Sie, diesen Gesundheitsfragebogen auszufüllen und vor dem Testtag an die angegebene E-Mail Adresse zu senden.

Herzlichen Dank  
Ihr Trainer Team

**Laktatstufentest - Personalien** Heutiges Datum

Name       Geschlecht  M  W

Vorname       Geburtsdatum

Beruf

Strasse

PLZ       Ort

Tel. P       Tel. G       Mobiltelefon

E-Mail

Krankenkasse

Zusatzversicherung(en)

Hausarzt (Name & Adresse)

Grösse       cm Gewicht       kg

Familienstand

Anzahl Kinder       Jahrgang

Notfallkontakt (Name & Telefonnummer)

**Trainingserfahrung**

Betreiben Sie regelmässig Bewegung oder Sport?

Wenn Ja: Was genau? Wie oft pro Woche? Wieviele Std./Woche?

Wieviel Zeit nehmen Sie sich für eine Trainingseinheit (10-20 Min. – 20-40 Min. – 40 Min. und mehr)

Mit welcher Intensität trainieren Sie für gewöhnlich? (Niedrig, Mittel, Hoch)

**Trainingsziele**

**Welches sind Ihre Trainingsziele**

**Gesundheit** **Aussehen** **Leistung**

Stressabbau  Gewichtsabnahme  Mehr Kraft

Rücken  Straffung  Mehr Ausdauer

Herz/Kreislauf  Muskelaufbau  Wettkampf

Mehr Energie  Sportliche Ausstrahlung

Mehr Beweglichkeit

Bis wann möchten Sie dieses Ziel erreichen?

Versuchen Sie Ihr Ziel noch präzieser und in einer messbaren Grösse zu formulieren:

Bsp: In 1 Monat 2x/Woche regelmässig trainieren / In 3 Monaten 3 kg Fett abbauen / In 6 Monaten eine Hosengrösse kleiner / In 12 Monaten einen Halbmarathon absolvieren, usw.

**Gesundheitsfragen**

Rückenprobleme?  **Ja**  **Nein**

Halswirbelsäule  ISG - Iliosakralgelenk

Brustwirbelsäule  Bandscheibenvorfall

Lendenwirbelsäule

Wenn Ja: Evtl. genauere Beschreibung. Was geht, was geht nicht?

Gelenkprobleme?  **Ja**  **Nein**

Schulter  Hüfte

Ellenbogen  Knie

Hand  Fuss

Wenn Ja: Evtl. genauere Beschreibung. Was geht, was geht nicht?

Operationen?  **Ja**  **Nein**

Wenn Ja: Was?

Andere Erkrankungen  **Ja**  **Nein**

Wenn Ja: Was?

Asthma  Ja  Nein Allergisch, Leistungsabhängig

Bronchitis  Ja  Nein

Diabetes  Ja  Nein

Blasenschwäche  Ja  Nein

Krampfadern  Ja  Nein

Stress  Ja  Nein Skala 1-10 / 1=kein Stress, 10 Burnout

Rauchen  Ja  Nein Wieviele Zig. Pro Tag? Seit wann?

Diät zur Zeit  Ja  Nein

Ärztliche Behandlung  Ja  Nein

Ärztl. Einschränkung  Ja  Nein

Therapeutische  Ja  Nein

Behandlung

Wurde jemals ein EKG  Ja  Nein Ruhe-EKG, Belastungs-EKG

Durchgeführt?

Nur Frauen

Schwangerschaft  Ja  Nein

**Risikofaktoren**

Alter Über 45  10

Über 35  4

Bis 35  0

Herzkreislauf Herzfehler  40

Herzinfarkt  40

Rythmusstörungen  40

Keine Herzschwäche  0

In der Familie Herzinfarkt vor 60  16

Herzinfarkt nach 60  6

Blutdruck Hoch  8

Unbekannt  4

Normal/Tief  0

Gewicht Erachten Sie sich als:

Übergewichtig  4

Untergewichtig  4

Normalgewichtig  0

**Punktetotal**

**Einwilligung für eine**

**sportmedizinische Untersuchung**

Hiermit bestätige ich, dass ich vor der Leistungsbestimmung über die Vorgehensweise einer Laktatmessung informiert wurde.

Über die hygienischen Voraussetzungen wurde ich in Kenntnis gesetzt.

Bei der Abnahme des Kapillarblutes aus dem Ohrläppchen/Finger werden ausschließlich folgende Einwegpräparate benutzt:

* Schutzhandschuhe
* Sterile Einweglanzetten
* Sterile Alkoholtupfer
* Sterile Messstreifen

Hiermit bestätige ich, dass die gemachten Angaben im Gesundheitsfragebogen wahrheitsgetreu & vollständig von mir ausgefüllt mit dem Trainer besprochen wurden.

Ich fühle mich gesund und fit, diesen Laktatstufentest zu absolvieren.

Hiermit gebe ich mein Einverständnis zur Kapillarblutentnahme am Ohrläppchen od. Finger.

Ort, Datum:       Name/Vorname

Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Notizen durch Personal Trainer**