

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Gerne bitten wir Sie, diesen Gesundheitsfragebogen auszufüllen und am Testtag mitzubringen oder vorgängig 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

Anzahl Kinder \_\_\_\_\_ Jahrgang \_\_\_\_\_

Notfallkontakt (Name & Telefonnummer) \_\_\_\_\_

## Trainingserfahrung

Betreiben Sie regelmässig Bewegung oder Sport? Ja/Nein \_\_\_\_\_

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

- | <b>Gesundheit</b>                           | <b>Aussehen</b>                                  | <b>Leistung</b>                        |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Stressabbau        | <input type="checkbox"/> Gewichtsabnahme         | <input type="checkbox"/> Mehr Kraft    |
| <input type="checkbox"/> Rücken             | <input type="checkbox"/> Straffung               | <input type="checkbox"/> Mehr Ausdauer |
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf     | <input type="checkbox"/> Muskelaufbau            | <input type="checkbox"/> Wettkampf     |
| <input type="checkbox"/> Mehr Energie       | <input type="checkbox"/> Sportliche Ausstrahlung |  |
| <input type="checkbox"/> Mehr Beweglichkeit |  |  |

Bis wann möchten Sie dieses Ziel erreichen?

---

Versuchen Sie Ihr Ziel noch präziser 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**
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule   | <input type="checkbox"/> ISG - Iliosakralgelenk |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule  | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall    |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule |   |

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

---

- Gelenkprobleme?  **Ja**  **Nein**
- |                                     |                                |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Schulter   | <input type="checkbox"/> Hüfte |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen | <input type="checkbox"/> Knie  |
| <input type="checkbox"/> Hand       | <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Allergisch, Leistungsabhängig _____
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Blasenschwäche	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Stress	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Skala 1-10 / 1=kein Stress, 10 Burnout _____
Rauchen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Wieviele Zig. Pro Tag? Seit wann? _____
Diät zur Zeit	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Ärztl. Einschränkung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Therapeutische Behandlung	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____
Wurde jemals ein EKG durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Ruhe-EKG, Belastungs-EKG _____
Nur Frauen					
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	_____

## Risikofaktoren

Alter	Über 45	<input type="checkbox"/>	10
	Über 35	<input type="checkbox"/>	4
	Bis 35	<input type="checkbox"/>	0
HerzKreislauf	Herzfehler	<input type="checkbox"/>	40
	Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	40
	Rythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	40
	Keine Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	0
In der Familie	Herzinfarkt vor 60	<input type="checkbox"/>	16
	Herzinfarkt nach 60	<input type="checkbox"/>	6
Blutdruck	Hoch	<input type="checkbox"/>	8
	Unbekannt	<input type="checkbox"/>	4
	Normal/Tief	<input type="checkbox"/>	0
Gewicht	Erachten Sie sich als Übergewichtig	<input type="checkbox"/>	4
	Untergewichtig	<input type="checkbox"/>	4
	Normalgewichtig	<input type="checkbox"/>	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

---

---

---

---

---

---

---