



Fragebogen

Nachname

Vorname

Straße / Nr.

PLZ / Wohnort

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) Geschlecht männlich weiblich divers

Haben Sie schon mal in einem Fitness-Studio trainiert? Nein Ja

Waren Sie schon einmal Mitglied in unserem Fitness- und Gesundheitsstudio? Nein Ja

Welche Trainingsziele haben Sie?

Allgemeine Fitness Gewichtsreduktion Präventives Training

Krafttraining Herz-Kreislauf-Training Rehabilitationstraining

Treiben Sie regelmäßig Sport? Nein Ja

Wenn ja, welcher Art

Haben Sie Einschränkungen am Bewegungsapparat? Nein Ja

Wenn ja, welcher Art

	Nehmen Sie Medikamente?			
Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter Allergien?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Leiden Sie unter asthmatischen Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wurden Sie innerhalb der letzten zwölf Monate operiert?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welche OP?				
Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welcher Art?				
Wenn ja, nehmen Sie Blutverdünner?			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, nehmen Sie Betablocker?			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Nehmen Sie sonstige Medikamente?			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Bestehen zur Zeit Beschwerden, Verletzungen oder Erkrankungen?			<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Wenn ja, welcher Art?				

Welche Person dürfen wir bei einem gesundheitlichen Notfall kontaktieren?

Name: Telefon:

Stand: September 2025

.....
Ort, Datum Unterschrift

