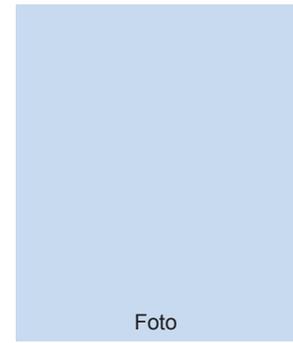


Fragebogen

Vorname
Nachname
Geburtsdatum
Straße und Hausnummer
PLZ Wohnort



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?		<small>bitte ankreuzen</small>
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?	Nein	Ja	Nein	Ja
Leiden Sie unter Allergien	Nein	Ja	Nein	Ja
Leiden Sie unter asthmatischen Beschwerden?	Nein	Ja	Nein	Ja
Wurden Sie innerhalb der letzten 12 Monate operiert?	Nein	Ja		
Wenn ja, welche OP?				
Leiden Sie unter Herz- Kreislaferkrankungen?	Nein	Ja	Nein	Ja
Wenn ja, welcher Art?				
Wenn ja, Blutverdünner?			Nein	Ja
Wenn ja ,Betablocker?			Nein	Ja
Sonstige Medikamente?				
Bestehen zur Zeit Beschwerden, Verletzungen oder Erkrankungen?	Nein	Ja		
Wenn ja, welcher Art				

Welche Person dürfen wir bei einem gesundheitlichen Notfall kontaktieren?	
Name:	Telefon:

Walldorf,	Unterschrift
-----------------	--------------------