

8) Haben Sie Gelenk-, Muskel- oder Rückenbeschwerden?

- Nein Ja, und zwar folgende:

9) Rauchen Sie?

- Nein, noch nie Ja Wie viel? ____/Tag

10) Körperliche Belastung im Alltag?

- Überwiegend sitzend Leichte körperliche Arbeit
 Überwiegend stehend Schwere körperliche Arbeit

11) Wie sportlich sind Sie? (sportliche Aktivitäten im letzten Jahr?)

- Sportarten _____
 Häufigkeit pro Woche _____
 Dauer pro Trainingseinheit _____

12) Welches Ziel möchten Sie in erster Linie erreichen?

- Verbesserung der allgemeinen Fitness Verminderung von Beschwerden
 Muskelaufbau Gewichtsreduktion Straffung
 Ein anderes Ziel, und zwar: _____

Mit meiner Unterschrift versichere ich, alle Angaben nach meinem besten Kenntnisstand gemacht zu haben. Dies dient meiner Sicherheit.

Hamburg, den _____ Unterschrift _____

*Sind Sie aufgrund der Beschwerden in ärztlicher Behandlung? Falls Nein: Bitte lassen Sie sich vor Aufnahme des Trainings die Unbedenklichkeit von Ihrem Arzt bescheinigen.