|  |
| --- |
| **GRUNDINFORMATION** |
| Vorname: xNachname: xWohnanschrift: xTelefonnummer: xE-Mail: x | Alter: xKörpergröße: xGewicht: x |
| Beruf: xBerufsort: xArbeitswochenstunden: x |
| 1.) Was ist dein wichtigstes Ziel bei dem Programm? Warum?x |
| 2.) Was hat dich bislang abgehalten, dein Ziel zu erreichen?x |
| 3.) Worin siehst du bei dir die größte Herausforderung, das Ziel zu erreichen?x |
| **SPORT** |
| 4.) In welche Kategorie würdest du dich einstufen?* Unsportlich
* Spazieren / Walken
* Joggen / moderates Krafttraining
* Sprinten / High Intensity Training
 |
| 5.) Welche Sportarten hast du bereits ausgeübt / übst du derzeit aus? Wie oft und wie lange? Welche Erfahrung hast du dabei gemacht?x |
| 6.) Wie viel Zeit willst du und kannst du für das Training in der Woche aufbringen? Beschreibe mögliche Zeiten:z.B. - Montags vor der Arbeit von 7:00 – 9:30 Uhr- Dienstag nach der Arbeit von 16:00 – 17:00 Uhr- Donnerstag am Abend 18:00 – 20:00 Uhr- Sonntag Vormittag 9:00 – 10:30 Uhr |
| **ERNÄHRUNG** |
| 7.) Wie gesund ernährst du dich?* Sehr gesund
* Teilweise gesund
* nicht sehr gesund
* ungesund
 |
| 8.) Hast du bereits Diäten probiert? Wenn Ja, welche, wie lange und mit welchem Erfolg?x |
| 9.) Wo siehst du die größten Herausforderungen für eine gesunde Ernährung?(z.B. keine Zeit, kann nicht kochen, kein Geld für gesunde Zutaten, Kantine/Mensa, o.ä.)x |
| 10.) Beschreibe deine Kochsituation: (Kochst du selbst, kochst du für die ganze Familie, kocht jemand anders für dich, o.ä.)x |
| 11.) Bist du Veganer, Vegetarier, o.ä.?x |
| 12.) Hast du irgendwelche Unverträglichkeiten? Wenn Ja, welche?x |
| 13.) Wie häufig trinkst du Alkohol und zu welchem Anlass?(z.B. jeden Abend ein Glas Wein, am Wochenende bis zum Umfallen, o.ä.)x |
| **GESUNDHEITSZUSTAND** |
| 14.) Gibt es irgendwelche körperliche Vorerkrankungen / Schmerzen / Einschränkungen, die beim Training zu beachten sind?(z.B. künstliches Knie, Schulterschmerzen, Herz-Kreislauferkrankung, Osteoporose, Diabetes, o.ä.)x |
| 15.) Nimmst du derzeit Medikamente?(z.B. gegen Bluthochdruck, Blutzucker, Schilddrüsen-Fehlfunktion, o.ä.)x |
| 16.) Rauchst du? Wenn Ja, wie oft und seit wann?x |
| **MOTIVATION** |
| 17.) Bist du einverstanden deine Entwicklung und deinen Erfolg mit der Öffentlichkeit zu teilen?x |
| **FAZIT** |
| 18.) Was würde es für dich bedeuten die „90-Tage Personal Training Challenge“ zu gewinnen?x |