|  |  |
| --- | --- |
| **GRUNDINFORMATION** | |
| Vorname: x  Nachname: x  Wohnanschrift: x  Telefonnummer: x  E-Mail: x | Alter: x  Körpergröße: x  Gewicht: x |
| Beruf: x  Berufsort: x  Arbeitswochenstunden: 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 | |