

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Was ist das Ziel vom Coaching?

Wird bereits eine Sportart regelmässig betrieben?

 Ja Nein

Wenn ja, welche?

Ärztliche Behandlung/Medikamenteneinnahme**Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?** Ja Nein**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?** Ja Nein

Wenn JA, welche? _____

Wenn JA, gegen was? _____

Atemwege**Leiden Sie unter Asthma oder chronischer Bronchitis?** Ja Nein**Herzrisikofrisiko****Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt?** Ja Nein**Hatten Sie je Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen mit oder ohne körperliche Belastung?** Ja Nein**Haben Sie schon das Bewusstsein verloren oder sind Sie schon wegen Schwindel gestürzt?** Ja Nein**Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder Herzproblemen verschrieben?** Ja Nein

Bewegungsapparat

1. **Haben Sie Probleme an Gelenken, Knochen und/oder Muskeln, die sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnten?**

- Ja Nein

Falls Ja: Welche?

- Rücken
 Schultern
 Knie
 Andere:

Bitte einzeichnen.



Risikofaktoren

	Ja	Nein	n.a.
Ich bin schwanger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe zu hohe Blutfette (Cholesterin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe einen zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Work-Life-Balance

	Ja	Nein	Es geht
Fühlen Sie sich zurzeit durch Ihre Arbeit gestresst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Mühe, ein- oder durchzuschlafen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich am Morgen nach dem Aufstehen ausgeruht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Damit auch bezüglich Gesundheitsrisiko stets eine adäquate Betreuung möglich ist, verpflichtet sich die unterzeichnende Kundin / Kunde, den Trainer/ Coach über Änderungen des Gesundheitszustandes und/oder einer aktuellen ärztlichen Behandlung und/oder einer allfälligen aktuellen Medikamenteneinnahme im Vergleich zu den vorgehenden Angaben umgehend zu informieren.

Datum, Ort

Unterschrift des Kunden _____

Unterschrift des Coaches _____