LAUFBEGLEITUNG FÜR EINSTEIGER I LAUFTHERAPIE I LAUFKURS

Name/Vorname: Geburtsdatum:

Ich fühle mich derzeit durch folgende Erscheinungen stark beeinträchtigt:

Nervosität/Unruhe	☐	Kopfschmerzen/Migräne	☐	Schlafprobleme	☐
Rückenschmerzen	☐	Darmträgheit/Verstopfung	☐	Stress	☐
Erschöpfung	☐	Gewichtsprobleme	☐	Bewegungsmangel	☐

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?	nein	ja
Sind Sie auf Anraten Ihres Arztes hier?	nein	ja
Nehmen Sie regelmässig Medikamente?	nein	ja

Fitnesszustand:

Treiben Sie bereits Sport?

Wenn ja, welchen?

Häufigkeit?

Leiden Sie unter:

Bluthochdruck	nein	ja
Herz-Kreislauf-Beschwerden	nein	ja
Diabetes/Stoffwechselerkrankungen	nein	ja
orthopädischen Beschwerden	nein	ja
internistischen Beschwerden	nein	ja
Allergien/Asthma	nein	ja
Sonstige	nein	ja

Liegt eine Schwangerschaft vor?	nein	ja
Hatten Sie in den letzten Wochen eine fiebrige Erkältung?	nein	ja
Wann wurden Sie zuletzt von einem Arzt untersucht?	nein	ja

LEBENSGEWOHNHEITEN:

Beruf

Wollen Sie abnehmen/zunehmen? nein ja Gewicht: Größe:

Rauchen Sie? nein ja

Wie viel Zeit steht Ihnen für das Programm wöchentlich zur Verfügung?

Persönliche Ziele

Empfehlungen

Alle hier aufgeführten Angaben sind freiwllig. Die Daten unterliegen dem Datenschutz und werden von uns vertraulich behandelt. Diese dienen der optimalen Steuerung Ihres Laufprogramms. Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben. Es bestehen meines Erachtens keine gesundheitlichen Bedenken hinsichtlich der Teilnahme am Laufkurs.

Datum/Unterschrift Teilnehmer