



GESUNDHEITS-CHECK

g.e.t. nordic walking Präventionskurs

Datum: _____

Persönliche Daten:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Wodurch wurden Sie auf uns aufmerksam?

Bekannte / Freunde Sportgeschäft Homepage Werbung
Krankenkasse Sonstiges: _____

Fragen zu Ihrer bisherigen sportlichen Betätigung:

	ja	nein	Wie viele Stunden / Woche, welche Sportarten?
Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten regelmäßig sportlich betätigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Früher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	Ergebnis:
Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine ärztliche Kontrolluntersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	ja	nein	Wenn ja, welche?
Hat Ihnen Ihr Arzt Auflagen in Bezug auf Ihr Training gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Sportliche Interessen / Hobbies

	nie	manchmal	oft		nie	manchmal	oft
Nordic Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nordic Skiing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nordic Blading	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gerätetraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joggen/Walking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwimmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige sportl. Aktivitäten: _____

Trainingsziel / Erwartungen

Was möchten Sie durch die Teilnahme an diesem Kurs erreichen?

Welche Erwartungen haben Sie an den Kurs und an den Trainer?

MANUELA HELLINGER
HEILPRAKTIKERIN

Alpspitzstraße 18c | 86926 Greifenberg
Telefon 08192 9972658
info@manuela-hellinger.de
www.manuela-hellinger.de

Bankverbindung:
VR Bank Landsberg-Ammersee eG
IBAN DE68 7009 1600 0002 7002 04
BIC GENODEF1DSS

Steuernummer:
XXXXXX





GLEICHKLANG
PRAXIS FÜR MENTALE GESUNDHEIT

Osteopathie | Physiotherapie | Transformationstherapie

Medizinische Daten

	ja	nein	Bemerkungen
Leiden Sie unter folgenden Krankheiten:			
Wirbelsäulenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aktuelle Verletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Innere Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schilddrüsendysfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?
Sonstiges (Ergänzen Sie bitte hier nicht aufgeführte Erkrankungen oder gesundheitliche Probleme):			

Subjektives Befinden:

Ich fühle mich in letzter Zeit insgesamt ...	sehr schlecht	geht so						sehr wohl	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9

←—————→
(bitte auf Skala ankreuzen)

Körperliche Daten:

Geschlecht: m / w **Gewicht:** _____ **Größe:** _____ **Alter:** _____

Trainingszustand: untrainiert ab und zu regelmäßig (1-3x / Woche) häufig

Zielgewicht: _____

Ich möchte pro Woche x trainieren.

Ort, Datum

Unterschrift

MANUELA HELLINGER
HEILPRAKTIKERIN

Alpspitzstraße 18c | 86926 Greifenberg
Telefon 08192 9972658
info@manuela-hellinger.de
www.manuela-hellinger.de

Bankverbindung:
VR Bank Landsberg-Ammersee eG
IBAN DE68 7009 1600 0002 7002 04
BIC GENODEF1DSS

Steuernummer:
XXXXXX



Datenschutzerklärung: Wir versichern Ihnen hiermit, dass Ihre Daten absolut vertraulich behandelt werden und nicht an Dritte weitergeleitet werden!