

Persönliches

Name: _____ Vorname: _____
Strasse: _____ PLZ/Ort: _____
Beruf: _____ Geburtsdatum: _____
Tel. Mobile: _____ Email: _____
Grösse: _____ Gewicht: _____

Allgemeine Fragen

Beantworte gerne alle Fragen ehrlich und frei von der Leber weg. Es gibt weder „richtig“ noch „falsch“.

Was ist dein Ziel und wieso möchtest du es erreichen?

Hast du bereits Erfahrung mit Krafttraining?

Ist Bewegung für dich Spass oder reine Notwendigkeit?

Wie ist dein Verhältnis zur Ernährung bzw. zum Essen?

Wie schätzt du dein Fitnesslevel ein?

Unfit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sehr fit

Wie aktiv bist du in der Freizeit?

Wie hast du Lebe Stark entdeckt?

Social Media Freunde & Bekannte Werbung (Plakate, Flyer, Schaufenster)

Motivationsbereitschaft

Wie hoch ist deine **innere Überzeugung und Bereitschaft** etwas verändern zu wollen?

Tief 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Sehr Hoch

Beschreibe kurz, wieso du deine Zahl genommen hast:

Beschreibe in einem kurzen Satz, wie dein „*Perfektes Ich*“ sich verhält und aussieht:

Beschreibe in einem kurzen Satz, wie dein Leben aussehen wird wenn du jetzt nichts unternimmst:

Gibt es ein Ereignis, das dich aus der Bahn werfen könnte? Wenn ja, welches und wieso?

Bist du 100% davon überzeugt, dass **du selbst** diese Veränderung möchtest oder gibt es einen extrinsischen Faktor (Partner, Mutter, Freunde), die dich dazu gebracht haben?

- Ich möchte diese Veränderung und sprühe von intrinsischer Motivation
- Ich habe extrinsische Faktoren

Unsere Preissstruktur unterscheidet sich stark von herkömmlichen Fitnessstudios da wir auf intensives Coaching setzen. Beschreibe kurz wieviel und was dir deine Veränderung wert ist.

Bist du überzeugt davon, dass wir mit Lebe Stark der richtige Partner für dich sind um dich bei deinem Unterfangen zu unterstützen? Falls ja, wieso? Falls nicht, wieso nicht?

Gesundheitscheck

| Gesundheitsfragen | Nein | Ja | Zusatzinformationen |
|---|------|----|---------------------|
| 1. Bist du in ärztlicher Behandlung? | | | |
| 2. Besuchst du den Physiotherapeuten? | | | |
| 3. Hattest du einen operativen Eingriff? | | | |
| 4. Sind Rückenschmerzen vorhanden? | | | |
| 5. Hast du Schulterverspannungen? | | | |
| 6. Hast du Gelenkschmerzen? | | | |
| 7. Nimmst du Medikamente ein? | | | |
| 8. Hast du erhöhten Bluthochdruck? | | | |
| 9. Hast du Allergien? | | | |
| 10. Hast du eine Herz-Kreislaufkrankheit? | | | |
| 11. Asthma, Bronchitis oder Diabetes? | | | |
| 12. Sonstige Infos zur Gesundheit? | | | |
| 13. Hast du gesunde Nieren? | | | |
| 14. Erhöhtes, persönliches Stressempfinden? | | | |
| 15. Sitzt du viel während deiner Arbeit? | | | |

Haftungsausschluss

Für Unfälle (egal ob akut eintretend oder im späteren Verlauf), die durch falsche Handhabung der verschriebenen Pläne, fehlerhafte Nutzung der Geräte oder nicht wahrheitsgemäss ausgefüllten Fragebogen entstehen, wird keine Haftung übernommen.

Wenn du obige Fragen mehrmals mit Ja* beantwortet hast, besteht ein erhöhtes gesundheitliches Risiko und es wird empfohlen vor der Aufnahme des Trainings eine ärztliche Abklärung einzuholen.

Erklärung des Kunden: „Ich bin mir bewusst, dass eine mehrmalige Beantwortung des Gesundheitschecks bei mehr als 60% der Fragen mit Ja* ein erhöhtes gesundheitliches Risiko bedeutet; möchte aber auf eine ärztliche Abklärung verzichten und mit dem Training beginnen.“

***Ausser Frage 13**

| Datum: | Kunde: | Coach (G. Dzemaili): |
|--------|--------|----------------------|
| | | |