

Wie fit sind Sie?

Damit der Wellness Coach in der St. Pankraz Apotheke Ihren Fitnesszustand richtig beurteilen kann, bitten wir Sie im folgenden um Angaben über Ihre sportlichen Aktivitäten. Falls Ihnen Fragen unklar sind oder nicht auf Sie zutreffen, lassen Sie das entsprechende Feld bitte frei.

1.	Welche Sportart(en) betreiben Sie? Hauptsportart?	_____
2.	Seit wann sind Sie körperlich aktiv?	<input type="checkbox"/> schon immer <input type="checkbox"/> erst seit _____ Jahren
	<input type="checkbox"/> Ich war früher aktiv und habe seit _____ Jahren wenig/gar nicht trainiert.	
	<input type="checkbox"/> bisher noch gar nicht	
3.	Trainieren Sie systematisch, d.h. nach einem Trainingsplan?	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA seit wann (Jahr)? _____
	<input type="checkbox"/> nur manchmal	
4.	Haben Sie schon einmal einen Wettkampf bestritten?	<input type="checkbox"/> NEIN
	<input type="checkbox"/> JA, zuletzt teilgenommen:	wann? _____
		wo? _____
		Zeit/Platz _____
5.	Wie trainieren Sie Ausdauer?	<input type="checkbox"/> laufen <input type="checkbox"/> Rad
	<input type="checkbox"/> Heimfahrrad/Walze	<input type="checkbox"/> MTB
	<input type="checkbox"/> Laufband	<input type="checkbox"/> anders: _____
6.	Wie viele Stunden Ausdauertraining haben Sie während der letzten 10 Wochen absolviert?	<input type="checkbox"/> durchschnittlich _____ Stunden/Woche, aufgeteilt auf _____ Einheiten pro Woche.
	<input type="checkbox"/> Ich habe in den letzten 10 Wochen nicht regelmäßig trainiert.	
7.	Wie steuern Sie Ihr Training?	<input type="checkbox"/> über die Herzfrequenz <input type="checkbox"/> nach Gefühl
	<input type="checkbox"/> über das Tempo	
8.	Mit welcher Herzfrequenz absolvieren Sie lange Trainingseinheiten (Schätzung)?	
	Puls: _____	
9.	Mit welcher Herzfrequenz absolvieren Sie intensive Belastungen (Schätzung)?	
	Puls: _____	

10.	Wie lange dauert Ihre längste Trainingseinheit?	
	_____ h:min	
11.	Welche Methoden setzen Sie für Ihr Training ein?	
	<input type="checkbox"/> Dauermethode	<input type="checkbox"/> Intervallmethode
12.	Betreiben Sie Krafttraining?	
	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> saisonal
	<input type="checkbox"/> sporadisch	<input type="checkbox"/> nie
13.	Führen Sie regelmäßig Dehnungsübungen durch?	
	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA
	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> vor jedem Training
	<input type="checkbox"/> nach jedem Training	
14.	Wie fühlen Sie sich heute?	
	<input type="checkbox"/> erholt und fit	<input type="checkbox"/> müde
	<input type="checkbox"/> Ich fühle mich seit einiger Zeit nicht wohl.	
15.	Wieviele Stunden Ausdauertraining sind für Sie in den nächsten Wochen realistisch?	
	Durchschnittlich _____ Stunden/Woche, aufgeteilt auf _____ Einheiten pro Woche.	