FITNESS- CHECK

Name, Vorname:

Tel.:

Geburtsdatum:

Körpergröße:

Körpergewicht:

Sind medizinische Probleme vorhanden?
Zutreffendes bitte unterstreichen.

Herzkreislaufsystem:	ja	nein	wenn ja, welche:
Muskulatur/Bänder/Gelenke/Knochen:	ja	nein	wenn ja, welche:
Wirbelsäule:	ja	nein	wenn ja, welche:
Atmungsorgane:	ja	nein	wenn ja, welche:
Leiden Sie unter anderen Erkrankungen?	ja	nein	wenn ja, welche:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Ja	nein	wenn ja, welche:

Sonstiges:

_____ _____

Datum, Ort Unterschrift