

Eingangsanalyse

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Wochenstunden: _____

Welche Haltung nehmen Sie hauptsächlich bei der Arbeit ein?

sitzen stehen gemischt

Gewicht: _____

Größe: _____

Haben Sie derzeit Beschwerden?

ja nein

In welchen Körperregionen haben Sie die Beschwerden?

Art der Beschwerden

Bestanden oder bestehen weitere Erkrankungen?

Herz Lunge Magen/Darm Allergien Stress Blutdruck Gleichgewichtsstörungen
mangelnde Beweglichkeit Osteoporose andere Stoffwechselerkrankungen

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja wofür?

Hatten Sie früher Verletzungen? Wenn ja, wann und welche Art?

Treiben Sie regelmäßig Sport? Wenn ja, welche Sportarten und wie häufig pro Woche?

Haben Sie früher Sport getrieben? Wenn ja, welche Sportarten?

Fühlen Sie sich im Alltag gestresst? Wenn ja, warum?

Welche Ziele verfolgen Sie mit dem Training?

Leiden Sie derzeit unter einer akuten Entzündung, nehmen Sie derzeit ein Antibiotikum, oder gibt es sonst einen Grund sich aus gesundheitlichen Gründen nicht körperlich zu betätigen?

ja nein

Gesundheitsanalyse

Name: _____

Körperanalyse

Gewicht: _____ BMI: _____ Körperfett: _____ Muskeln: _____

Bauchfett: _____ GU: _____ Taille/Hüft-Quotient: _____ Fitnessstest: _____

Blutdruck: _____ Ruhepuls: _____ Sauerstoffsättigung: _____

Functional Movement Screen

Datum: _____

Hand/Fuß Dominanz: _____ Art der Arbeit: _____

Handlänge: _____ Tuberositas: _____

Test	Teilergebnis		Endergebnis	Anmerkungen
Deep Squat				
Hurdle Step	L			
	R			
Inline Lunge	L			
	R			
Shoulder Mobility	L			
	R			
Impingement Clearing Test	L+/-			
	R+/-			
ASLR	L			
	R			

TSPU				
Press-Up Clearing Test	+/-			
Rotary Stability	L			
	R			
Posterior Rocking Clearing Test	+/-			
Total				