

Therapie Zentrum Schiemann



EINGANGSFRAGEBOGEN

Datum

Herr Frau

Vor- und Nachname

Straße u. Hausnummer

PLZ und Ort

Telefon

E-Mail oder Fax

 cm

Größe

 kg

Gewicht

Geburtsdatum

 Jahre

Alter

PERSÖNLICHES

DURCHFÜHRUNG

Wie soll der Test durchgeführt werden?

auf dem Laufband

Welches Laufradsystem haben Sie?

Schnellspanner

mit dem eigenen Bike

Steckachse

Rennrad

Welchen Durchmesser hat die Steckachse?

am Vorderrad

Mountainbike

am Hinterrad

Welche Sportarten oder sportlichen Aktivitäten betreiben Sie seit mind. 6 Monaten regelmäßig (mind. 1x pro Woche) mit wie vielen Stunden pro Woche?

1. mit h/Woche

2. mit h/Woche

3. mit h/Woche

Mit welchem Trainingspuls (Schläge/Minute) haben Sie im Durchschnitt Ihr Ausdauertraining absolviert (bitte ankreuzen)?

Ich weiß nicht

110 - 125

125 - 140

140 - 160

> 160

SPORTAKTIVITÄTEN

Geben Sie bitte an, wie lange Sie welche sportlichen Aktivitäten in einer Woche aktuell (mind. seit den letzten 4 Wochen) durchführen. (z.B. Montag, Spinning, 60 min. oder Mittwoch, Jogging, 45 min.)

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
Was?							
Wie lange?							

SPORTMED. ANGABEN

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Leistungsfähigkeit ein?

sehr gut gut befriedigend

ausreichend mangelhaft ungenügend

Haben Sie chronische oder gesundheitliche Probleme?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Orthopädische Probleme

Stoffwechsel Erkrankungen

Sonstige

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente

nein ja, und zwar

Bemerkung zu Erkrankungen

Kontakt:
Therapiezentrum Schiemann

Frank Schiemann
Burgstraße 5
59755 Arnsberg

Tel. 0 29 32 - 89 64 65
Mail: tz-schiemann@web.de
www.tz-schiemann.de