

Zur Person:

Bitte helfen Sie uns, unsere Kundenansprache zu optimieren.
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

.....
Vorname

.....
Name

.....
Straße, Nr.

.....
PLZ, Wohnort

.....
Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

.....
Telefon

.....
Ausgeübter Beruf

Internetsuche, z. B. google, yahoo, bing

Sonstiges:

Empfehlung von:

.....
E-Mail

.....
Zweites Telefon

Allgemeine Fitness:

Gewicht:.....(kg)

Größe:.....(m)

Rauchen Sie? Ja Nein

Wie würden Sie Ihren allgemeinen Fitnesszustand bezeichnen?

top gut mittel schlecht

Welche Sportarten treiben Sie?

- LaufenStd/Woche seit.....Jahren
- RadfahrenStd/Woche seit.....Jahren
- SchwimmenStd/Woche seit.....Jahren
-Std/Woche seit.....Jahren

Tragen Sie Einlagen? Ja Nein

Ja, mit einseitiger Erhöhung Ohne Erhöhung

Hatten Sie Verletzungen/Operationen?

Nein Ja

Bestehen zurzeit körperliche Beschwerden?

Nein Ja

Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust, in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?

Nein Ja,.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, z. B. gegen Bluthochdruck, Atem- oder Herzprobleme?

Nein Ja,.....

Schlafen Sie ausreichend?

Nein Ja,.....Stunden

Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie jemals das Bewusstsein verloren?

Nein Ja,.....

Sind Ihnen gesundheitliche Gründe bekannt, die bei Ihnen gegen eine leistungsorientierte Ausübung des Laufsports sprechen?

Nein Ja,.....

Waren Sie in den letzten sieben Tagen krank, zum Beispiel erkältet?

Nein Ja,.....

Ihr Lauftraining aktuell

Summe der Wochenkilometer:..... Trainingseinheiten pro Woche:.....

Längste Trainingseinheit aktuell:..... in Minuten oder Kilometer

Machen Sie derzeit Bahntraining? Nein Ja

Was trainieren Sie besonders gerne (Tempotraining, lange Läufe, etc.)?

.....

Welche Trainingsformen fallen Ihnen schwer (z. B. Schnelligkeit, Ausdauer, Lauftechnik etc.)?

.....

In welchen Bereichen vermuten Sie Defizite (z. B. Schnelligkeit, Ausdauer, Lauftechnik etc.)?

.....

Aktuelle Wettkampfergebnisse (in STD:MIN:SEK, Datum in MM:JJ):

10 Km..... 21,2 Km..... 42,2 Km.....

Datum..... Datum..... Datum.....

Anzahl Marathonläufe bisher:..... Anzahl Halbmarathonläufe bisher:.....

Anzahl Ultraläufe bisher:....., davon längste Distanz...../.....(Km/hm)

Informationen zur künftigen Trainingsplanung

Als Vorbild dienen mir bis heute die Trainingspläne von: (z. B. Steffny/Greif/Laufcampus/etc.)

.....

Nutzen Sie beim Training eine Pulsuhr? Ja Nein

Nutzen Sie beim Training ein Distanzmessgerät? Ja Nein

Wie trainieren Sie am liebsten?

herzfrequenzorientiert mit Tempovorgaben nach Körpergefühl

Ruhepuls:..... Maximalpuls:..... angenehmer Trainingspuls:.....

Beim lockeren Durchlaufen habe ich üblicherweise folgendes Tempo:.....(min/km)

Hatten Sie bereits Leistungsdiagnostiken als Feldtest, Laufband- oder Ergometer-Stufentest?

Nein Ja, am..... bei.....

.....

Steht Ihnen eine Bahn (400 m) zur Verfügung? Nein Ja

An welchen Wochentagen haben Sie Zeit zu laufen?

Mo Di Mi Do Fr Sa So

An welchen Wochentagen könnten Sie auch mal 2- bis 4-Stundenläufe einplanen?

Mo Di Mi Do Fr Sa So

An welchen Wochentagen könnten Sie auch mal auf einer 400-Meter-Bahn trainieren?

Mo Di Mi Do Fr Sa So

An welchen Wochentagen machen Sie sonstiges Ausdauertraining (z. B. Radfahren, Aerobic)?

Mo Di Mi Do Fr Sa So

An welchen Wochentagen machen Sie Krafttraining? (z. B. Zirkeltraining)?

Mo Di Mi Do Fr Sa So

Welche Themen interessieren Sie noch?

(Bitte unverbindlich ankreuzen, wir reden dann darüber)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Laufstil-Videoanalyse | <input type="checkbox"/> Laufschuhberatung | <input type="checkbox"/> Konkrete Trainingsplanung |
| <input type="checkbox"/> Lauf-ABC-Übungen | <input type="checkbox"/> Richtige Lauftechnik | <input type="checkbox"/> Körperfettanteil |
| <input type="checkbox"/> Tempotraining | <input type="checkbox"/> Personal Coaching | |

Welche sportlichen Ziele haben Sie?

.....

.....

.....

.....

.....

Leistungsdiagnostik/Gesundheit/Haftungsausschluss

Mit der Durchführung eines Leistungstests bin ich einverstanden. Es wird ein Test mit ansteigender Belastung vorgenommen, bei der ich mich meiner momentanen, maximalen körperlichen Leistungsfähigkeit annähere. Absolute körperliche Gesundheit ist dafür eine unabdingbare Voraussetzung. Ich kann den Test jederzeit selber abbrechen. Ich leide bzw. litt nicht an einer chronischen oder akuten Herz-Kreislaufkrankung, z. B. extremer Bluthochdruck, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herz(klappen)-fehler, Herzmuskelentzündung etc. oder einer chronischen oder akuten Erkrankung der Atemwege, wie beispielsweise Asthma oder Bronchitis. Über die zum Test notwendige Blutabnahme bin ich informiert und bin damit einverstanden, dass mich der Laufcampus-Diagnostiker dazu mit einer Lanzette ins Ohrläppchen sticht. Ich leide nicht an einer Blutgerinnungsstörung und nehme keine gerinnungshemmenden Arzneimittel ein. Ich habe keine sonstigen Krankheiten, bin zurzeit nicht erkältet und hatte in den letzten zwei Wochen auch keine akut fiebrige Erkrankung. Ich nehme auf eigene Verantwortung an dem Leistungs-test teil und erkenne an, dass der Laufcampus-Diagnostiker für mögliche Folgeschäden nicht haftbar gemacht werden kann.

**Ich habe die Erklärung vollständig gelesen, verstanden und akzeptiert.
Alle gemachten Angaben zur Person, Fitness und Trainingsstand sind richtig!**

.....
Datum

.....
Unterschrift