

## Zur Person:

|                      |                      |                 |                      |
|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| Vorname              | <input type="text"/> | Name            | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum         | <input type="text"/> | Straße, Hausnr. | <input type="text"/> |
| Bevorzugte Rufnummer | <input type="text"/> | PLZ, Wohnort    | <input type="text"/> |
| Ausgeübter Beruf     | <input type="text"/> | Email           | <input type="text"/> |

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

- |                                                     |                                                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internetsuche              | <input type="checkbox"/> Social Media (Instagram, Facebook) |
| <input type="checkbox"/> LinkedIn                   | <input type="checkbox"/> Flyer                              |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von / Sonstiges |                                                             |

## Allgemeine Fitness:

Gewicht  Größe  BMI

Rauchen Sie? ☐ Nein ☐ Ja

Wie würden Sie Ihren allgemeinen Fitnesszustand bezeichnen?

☐ top ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

Welchen Sportarten betreiben Sie?

|                                               |                                |                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laufen               | <input type="text"/> Std/Woche | seit <input type="text"/> Jahren |
| <input type="checkbox"/> Radfahren            | <input type="text"/> Std/Woche | seit <input type="text"/> Jahren |
| <input type="checkbox"/> Schwimmen            | <input type="text"/> Std/Woche | seit <input type="text"/> Jahren |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> Std/Woche | seit <input type="text"/> Jahren |

Tragen Sie Einlagen?

☐ Nein

☐ Ja wenn ja: ☐ mit einseitiger Erhöhung ☐ ohne Erhöhung

Hatten Sie Verletzungen / Operationen?

☐ Nein

☐ Ja,

Bestehen zur Zeit 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

Sitzend 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?

Minuten

Kilometer

Machen sie derzeit Bahntraining?

☐ Nein

☐ Ja

Was trainieren Sie besonders gerne? (Tempotraining, Dauerläufe, etc)

Welche Trainingsformen fallen Ihnen schwer? (Tempotraining, Dauerläufe, etc)

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

## Wettkampfergebnisse

|              | Persönliche Bestzeiten |                | Letzte Ergebnisse |                |
|--------------|------------------------|----------------|-------------------|----------------|
| Distanz      | gelaufen am            | erreichte Zeit | gelaufen am       | erreichte Zeit |
| Marathon     |                        |                |                   |                |
| Halbmarathon |                        |                |                   |                |
| 10 Kilometer |                        |                |                   |                |
| 5 Kilometer  |                        |                |                   |                |

Anzahl Marathonläufe bisher

Anzahl Halbmarathonläufe bisher

Anzahl Ultraläufe bisher

Davon längste Distanz (km/hm)  /

## Informationen zur Trainingssteuerung

Als Vorbild dienen mir heutige Trainingspläne von (z.B. Steffny/Greif/Laufcampus/etc.)

Wie trainieren Sie am liebsten?

☐ herzfrequenzorientiert?

☐ mit Tempovorgaben

☐ nach Körpergefühl

Ruhepuls

Maximalpuls

Angenehmer Trainingspuls

Angenehmes Trainingstempo

Nutzen Sie einen Trainingscomputer?

☐ Nein

☐ Ja,

Was benutzen Sie zur Pulskontrolle?

☐ Einen Herzfrequenzsensor (Brustgurt)

☐ Optische Pulsmessung:

☐ am Handgelenk

☐ am Oberarm

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

☐ Nein

☐ Ja, am

Hatten Sie bereits eine Leistungsdiagnostik als LC1000?

☐ Nein

☐ Ja, am

☐ bei Laufcampus Trainer

☐ als Selbsttest

Erreichter Puls

Erzieltes Tempo

## Welche Themen interessieren Sie noch?

- |                                                |                                               |                                                    |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <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"/> Ernährungsberatung   |                                                    |

## Warum sind Sie hier? Welche 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 Belastung annähre. 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 Asthma oder Bronchitis. Über die dem Test notwendige Blutabnahme bin ich informiert und bin damit einverstanden, dass mich der Diagnostiker dazu mit einer Lanzette ins Ohr läppchen sticht. Ich leide nicht an einer Blutgerinnungsstörung und nehme keine gerinnungshemmenden Arzneimittel ein. Ich habe keine sonstigen Krankheiten, bin zur Zeit nicht erkältet und hatte in den letzten zwei Wochen auch keine fiebrige Erkrankung. Ich nehme auf eigene Verantwortung am dem Leistungstest teil und erkenne an, dass Diagnostiker für mögliche Folgeschäden nicht haftbar gemacht werden können.

- ☐ Ich habe die Erklärung vollständig gelesen, verstanden und akzeptiert.

Datum

Unterschrift