

Name \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Telefon Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_  
Telefon Geschäftlich \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Energietankstelle  
079 461 68 27  
fitnesscoah-ayeale@gmx.ch

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  w  m  
Grösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_  
Zivilstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_  
Freizeitbeschäftigung \_\_\_\_\_

**Beweggründe für die Veränderung**

\_\_\_\_\_

**Ziele in der Zukunft**

\_\_\_\_\_

**Selbsteinschätzung in Bezug auf...**

... Ernährung

ist 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

soll 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

... Bewegung

ist 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

soll 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

... Entspannung

ist 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

soll 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie?**

\_\_\_\_\_

**In welcher Form entspannen Sie sich?**

\_\_\_\_\_

**Energietankstelle**  
079 461 68 27  
fitnesscoah-ayeale@gmx.ch

Sind Sie momentan in ärztlicher oder psychiatrischer Behandlung?  Ja  Nein  
(Diabetes, Schwangerschaft, Suchtproblem usw.)

**Wenn ja, weswegen?**

---

---

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?  Ja  Nein

**Wenn ja, welche?**

---

---

Leiden Sie an Allergien?  Ja  Nein

**Wenn ja, welche?**

---

---

Besteht in Ihrer Familie ein erhöhtes Risiko für gewisse Krankheiten?  Ja  Nein

**Wenn ja, welche?**

---

---

Rauchen Sie?  Ja  Nein

**Sonstiges**

---

---

---

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

---