

Energiestoffwechselformung

Datum: _____

PERSÖNLICHES	<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau Name: _____ Vorname: _____ Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____ Geb.- Datum: _____ Tel.: _____ E-Mail: _____ Größe (in cm): _____ Gewicht (in kg): _____
SPORTAKTIVITÄTEN	Mit welchem Trainingspuls (Schläge/ Minute) haben Sie im Durchschnitt Ihr Ausdauertraining absolviert? (bitte ankreuzen) <input type="radio"/> weiß nicht <input type="radio"/> 90-110 <input type="radio"/> 110-125 <input type="radio"/> 125-140 <input type="radio"/> 140-155 <input type="radio"/> >155 Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen Trainingszustand ein? <input type="radio"/> ungenügend <input type="radio"/> mangelhaft <input type="radio"/> ausreichend <input type="radio"/> befriedigend <input type="radio"/> gut <input type="radio"/> sehr gut
SPORTMED. ANGABEN	Haben Sie chronische oder akute gesundheitliche Probleme? <input type="radio"/> Herz-Kreislauf: _____ <input type="radio"/> Orthopädische Probleme: _____ <input type="radio"/> Stoffwechsel-Erkrankungen: _____ <input type="radio"/> Sonstige Bemerkungen: _____ _____ _____ Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, folgende Medikamente: _____

ZIELE	
--------------	--

Haftungsausschusserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich freiwillig an einer leistungsdiagnostischen Untersuchung, dem aeroscan®, teilnehme. Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Energiestoffwechselformung eine Atemgasanalyse durchgeführt wird. Hierbei handelt es sich um einen Test mit moderater Belastung ohne jegliche Ausbelastung. Ich kann jeder Zeit die Untersuchung abbrechen. Außerdem bestätige ich, dass meinerseits keine medizinischen Einwände wie Infekte oder akute Beschwerden vorliegen. Aus ärztlicher Sicht bestehen keine Einwände gegen eine Energiestoffwechselformung mittels einer Atemgasanalyse.

Hiermit bestätige ich die Teilnahme an der Energiestoffwechselformung. Die Untersuchung erfolgt auf eigene Verantwortung! Über plötzliche Befindensänderungen informiere ich den Testleiter umgehend während dem Test.

Für eventuelle Schäden an meiner Person, Gesundheit, Eigentum oder anderen Dingen werde ich zu keiner Zeit Ansprüche erheben.

Danke, damit können wir den für Sie und Ihr Trainingsziel optimalen Trainingsplan erstellen!

Datum, Unterschrift