

## Fragebogen zur Trainingsplanung

### Stammdaten

Name, Vorname

| \_\_\_\_\_

Geburtsdatum

| \_\_\_\_\_

Strasse

| \_\_\_\_\_

PLZ, Ort

| \_\_\_\_\_

Telefon (Festnetz / Mobil)

| \_\_\_\_\_

Email

| \_\_\_\_\_

### Anthropometrie

Gewicht (kg)

\_\_\_\_\_

Körperfettanteil (%)

\_\_\_\_\_

Body-Mass-Index (BMI)

\_\_\_\_\_

Messmethode:

 Hautfaltendickenmesser (Caliper)

Größe (cm)

\_\_\_\_\_

 Bio-Impedanz-Analyse (BIA)

### Gesundheitsanamnese (akute oder länger bestehende Erkrankungen)

Ja	Nein	Art der Erkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fieber
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atembeschwerden: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz-Kreislaufkrankungen: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infektionen: _____

Ja	Nein	Art der Erkrankung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entzündungen: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stoffwechselerkrankungen: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamenteneinnahme: _____ _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthopädische Beschwerden: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Zur Abklärung der sportlichen Belastbarkeit wird vor Aufnahme eines Trainings eine internistische und orthopädische ärztliche Untersuchung empfohlen. Diese Untersuchung sollte in regelmäßigen Abständen (einmal jährlich) wiederholt werden. Beim Auftreten körperlicher oder gesundheitlicher Beschwerden wird geraten einen Arzt aufzusuchen.

### Berufliche Situation

Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_

Wie anstrengend schätzen Sie Ihre Tätigkeit ein?

körperlich:     sehr anstrengend    anstrengend    ausgeglichen    nicht anstrengend

geistig:         sehr anstrengend    anstrengend    ausgeglichen    nicht anstrengend

Wie viele Std. pro Woche arbeiten Sie? \_\_\_\_\_ Std./Wo.

Haben Sie geregelte Arbeitszeiten?     ja     nein

Wenn nein, Arbeitszeiten von/bis \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie Schicht?                       ja     nein

Wenn ja, wie?  Früh: von/bis \_\_\_\_\_  Spät: von/bis \_\_\_\_\_  Nacht: von/bis \_\_\_\_\_

Skizzieren Sie bitte Ihren Schichtrythmus (ggf. Schichtplan beilegen)

Arbeiten Sie am Wochenende?             ja     nein

Wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

### Private Situation

Familienstand:  verheiratet    ledig    Freund/Freundin     Kinder: \_\_\_\_\_

Sind Sie außerhalb des Berufs in Organisationen/Vereinen/etc. tätig?  ja     nein

Wenn ja, wie viel Zeit bringen Sie dafür pro Woche auf: \_\_\_\_\_ Std./Wo.

Wie anstrengend schätzen Sie diese Tätigkeit ein:

körperlich:     sehr anstrengend    anstrengend    ausgeglichen    nicht anstrengend

geistig:         sehr anstrengend    anstrengend    ausgeglichen    nicht anstrengend

An welchen Tagen finden diese Tätigkeiten statt?  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa  So

### Sportlicher Hintergrund in der Kindheit/Jugend

Sportart	Alter (von – bis)	Trainingsjahre	Leistungssport	Freizeitsport
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Aktuelles Trainings- und Wettkampfprogramm

Aktuelle Sportart	Alter (ab)	Trainingsjahre	Leistungssport	Freizeitsport
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wurde in den letzten Jahren kontinuierlich trainiert?  Ja  Nein

Wenn Nein, Grund und Dauer der Unterbrechung?

Wurde in den letzten 6 Wochen regelmäßig trainiert?  Ja  Nein

Wie viele Stunden wurden in den letzten 6 Wochen pro Woche etwa trainiert? \_\_\_\_\_ Std./Wo.

Wie wird das Training gesteuert / kontrolliert? \_\_\_\_\_

Konnte das Training aufgrund von Krankheit oder Verletzung in den letzten Wochen nicht wie geplant durchgeführt werden?  Ja  Nein

Wenn Ja, warum? \_\_\_\_\_

Wo liegen die persönlichen Stärken / Schwächen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was ist Ihr sportliches Ziel in der kommenden Saison?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gibt es andere Ziele darüber hinaus?

Was ist Ihre Motivation für diese Ziele, warum möchten Sie diese erreichen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Was erwarten Sie sich von einem individuellen Training?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Wettkampfkalender (Vorbereitungs- und Hauptwettkämpfe)

Wettkampf	Datum	Disziplin	Distanz	Vorbereitung	Höhepunkt
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Trainingsumfang in der vergangenen Saison und im umfangsreichsten Jahr

Disziplin	letzte Saison		umfangsreichstes Jahr: _____	
	Stunden	Kilometer	Stunden	Kilometer
Schwimmen				
Radfahren (RR / MTB)				
Laufen				
allg. Training (Kraft, Athletik)				
Sonstiges (Skates, Skilanglauf usw.)				

### Bitte beschreiben Sie eine gewöhnliche Trainingswoche

Tag	TE	Disziplin	Tageszeit	Dauer (hh:mm)	Intensität	Zeitaufwand / Tag
Montag	1					
	2					
Dienstag	1					
	2					
Mittwoch	1					
	2					
Donnerstag	1					
	2					
Freitag	1					
	2					
Samstag	1					
	2					
Sonntag	1					
	2					

TE = Trainingseinheit; Tageszeit = morgens/mittags/nachmittags/abends; Intensität = locker/moderat/intensiv

### Gruppen- oder Vereinstraining

Tag	Disziplin	Intensität	Trainingszeit (hh:mm)	Uhrzeit	Priorität
Montag					
Dienstag					
Mittwoch					
Donnerstag					
Freitag					
Samstag					
Sonntag					

Priorität: A = hoch, B = mittel, C = niedrig

## Trainingsschwerpunktzeiten

Ist ein / sind Trainingslager geplant?  Ja  Nein

Wenn Ja, wann (KW, von – bis) und wo?

---



---

selbständig  angeleitet  Verein  Veranstalter: \_\_\_\_\_

Gibt es Zeiträume zu denen mehr Training als normal möglich ist?  Ja  Nein

Wenn ja, wann (KW, von – bis)?

---



---



---

An welchen Tagen ist definitiv kein Training möglich?

---



---



---

Wann ist Urlaub geplant?

---



---

Kann im Urlaub normal trainiert werden?  Ja  Nein

## Bestzeiten

Disziplin	Strecke(n)	Zeit (hh:mm:ss)	Datum (TT.MM.JJJJ)	Wettkampf
Schwimmen (Becken/ Freiwasser; Neopren?)	100m			
	400m			
	1500m			
	1900m			
	3800m			
Radfahren	20km			
	40km			
	90km			
	180km			
Laufen	100m Sprint			
	1000m			
	3000m			
	5000m			

	10000m			
	21,1 km			
	42,195km			
Triathlon	0,4/0,75-20-5			
	1,5-40-10			
	1,9-90-21,1			
	3,8-180-42,2			

### Sonstige Angaben zum Training

Welche Trainingsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inline/Speed Skates                          | <u>Zu Hause:</u>  | <input type="checkbox"/> See für Freiwassertraining / |
| <input type="checkbox"/> Skiroller/Skikes                             | <input type="checkbox"/> Pezziball                                      | Wechsel-/Koppeltraining                               |
| <input type="checkbox"/> Mountainbike                                 | <input type="checkbox"/> Hanteln/Langhantel                             | <input type="checkbox"/> Trittfrequenzmesser (Rad)    |
| <input type="checkbox"/> Nordic Walking Stöcke                        | <input type="checkbox"/> Gymnastikmatte                                 | <input type="checkbox"/> Wattleistungsmessgerät       |
| <input type="checkbox"/> Rennrad <input type="checkbox"/> Zeitfahrrad | <input type="checkbox"/> Trampolin                                      | (Rad)   |
| <input type="checkbox"/> Skilanglauf klassisch                        | <input type="checkbox"/> Kreisel <input type="checkbox"/> Airexkissen   | <input type="checkbox"/> Foot Pod zum Laufen          |
| <input type="checkbox"/> Skilanglauf skating                          | <input type="checkbox"/> Flexibar <input type="checkbox"/> Slingtrainer | <input type="checkbox"/> GPS Gerät (Lauf / Rad)       |
| <input type="checkbox"/> Ergometer                                    | <input type="checkbox"/> Triggerpoint Rollen                            | <input type="checkbox"/> Sauna zur Regeneration       |
| <input type="checkbox"/> Rollentrainer (frei / fest)                  | <input type="checkbox"/> Pilatesrolle                                   | <input type="checkbox"/> Massage                      |
| <input type="checkbox"/> Mitglied im Fitnessstudio                    |   |   |

Schwimmen ist nur an folgenden Tagen (badbedingt) möglich:

- | Sommer                              |           | Winter                              |           |
|-------------------------------------|-----------|-------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Montag     | _____ Uhr | <input type="checkbox"/> Montag     | _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Dienstag   | _____ Uhr | <input type="checkbox"/> Dienstag   | _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch   | _____ Uhr | <input type="checkbox"/> Mittwoch   | _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Donnerstag | _____ Uhr | <input type="checkbox"/> Donnerstag | _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Freitag    | _____ Uhr | <input type="checkbox"/> Freitag    | _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Samstag    | _____ Uhr | <input type="checkbox"/> Samstag    | _____ Uhr |
| <input type="checkbox"/> Sonntag    | _____ Uhr | <input type="checkbox"/> Sonntag    | _____ Uhr |

**Kontoverbindung** IBAN: DE74120700240240290760    BIC: DEUTDEDB160

**Hiermit bestätige ich, dass ich zur Zeit gesund bin und keine Bedenken des behandelnden Arztes hinsichtlich Belastbarkeit / Belastungstests bestehen und Infektionen mindestens sechs Wochen zurückliegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift