

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Kwestionariusz dla wszystkich rozpoczynających współpracę z trenerem personalnym. Proszę wypełnij go rzetelnie i zgodnie z prawdą, ponieważ tylko prawdziwe informacje będą istotne przy przeprowadzeniu częściowej lub kompletnej metamorfozy ciała. Na ostatniej stronie znajduje się regulamin współpracy – przeczytaj go uważnie.

PŁEĆ:	kobieta mężczyzna
IMIĘ:	
NAZWISKO :	
WIEK:	
WZROST:	
MASA CIAŁA:	
TELEFON:	

CEL WSPÓŁPRACY

1. Jaki jest Twój cel treningowy? Zakreśl właściwe.

- Spalenie nadmiaru tkanki tłuszczowej i/lub pozbycie się cellulitu
- Poprawa ogólnej sprawności fizycznej
- Powrót do formy po kontuzji
- Ogólna poprawa zdrowia
- Zmniejszenie poziomu cholesterolu i wzmocnienie serca
- Poprawa koordynacji ruchowej i/lub nauczanie nowego ruchu
- Budowa masy mięśniowej
- Inne, wymień:

2. Jak określił(a)byś swój stopień motywacji? Dlaczego potrzebujesz zmian?

- Bardzo wysoki
- Wysoki
- Średni
- Niski

Dlaczego potrzebujesz zmian?

.....

ZDROWIE

3. Czy doskwierają Ci obecnie jakieś dolegliwości lub choroby? Zakreśl właściwe.

- Astma lub choroby oddechowe
- Wady wzroku, napisać jakie.....
- Cukrzyca typu I lub II
- Zabieg operacyjny w przeciągu ostatnich 12 miesięcy, napisz jaki.....
- Choroby nerek
- Niedoczynność lub nadczynność tarczycy
- Przewlekła niewydolność żylna
- Bóle kostno-stawowe
- Bóle w klatce piersiowej
- Zwiększony poziom cholesterolu LDL
- Problemy ze snem
- Częste rozdrażnienie, stany depresyjne
- Bóle kręgosłupa w odc.:
- Alergie żywieniowe, wymień, na jakie produkty:
- Inne, wymień:
- ŻADNA Z WYMIENIONYCH

4. Jak oceniasz swoją obecną sprawność fizyczną? Oceń swoją sprawność fizyczną w skali od 1 do 5 (1 – brak sprawności, 5 – maksymalna sprawność). Opisz swój wybór.

- Jestem bardzo sprawny
- Jestem dość sprawny
- Jestem mało sprawny
- Jestem bardzo mało sprawny lub w ogóle nie jestem sprawny

Uważam, że jestem sprawny fizycznie w skali

5. Jak jest Twój stosunek do aktywności fizycznej?

- Lubię się ruszać
- Obojętnie
- Nie lubię się ruszać

6. Czy masz jakieś przeciwwskazania aktywności fizycznej (wydane przez lekarza)?

7. Czy przyjmujesz regularnie jakieś leki lub suplementy diety? (W tym środki antykoncepcyjne) Napisać, jakie:

8. Kiedy ostatnio wykonywałeś badania krwi, moczu, próby wątrobowe lub inne badania i jaki był ich wynik?

- Wszystkie wskaźniki w normie
- Niektóre wskaźniki podwyższone/obniżone, wymienić, które:
.....

Przybliżona data badań

.....

TRYB ŻYCIA

9. Jaki jest Twój obecny poziom aktywności fizycznej?

- Siedzący (brak aktywności fizycznej)
- Mało aktywny (bez treningu, dużo aktywności, np. chodzenie)
- Średnio aktywny (ćwiczenia fizyczne 2 razy w tygodniu)
- Aktywny (ćwiczenia fizyczne 3 i więcej razy w tygodniu)

10. Jaki jest charakter Twojej pracy?

- Umysłowy
- Lekko fizyczny
- Średnio fizyczny
- Mocno fizyczny

11. W jakich godzinach wykonujesz pracę?

12. Opisz swoją dobową aktywność (czas trwania – łącznie 24h):

Sen.....

Stanie.....

Chodzenie.....

Drobne aktywności, np. sprząatanie, majsterkowanie, zabawa z dziećmi.....

Siedzenie.....

NAWYKI ŻYWIENIOWE I AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

13. Proszę odpowiedz na poniższe pytania:

- Posiłki przygotowuję w domu
- Posiłki spożywam o nieregularnych godzinach
- Mam nieregularny tryb życia
- Spożywam produkty gotowe do spożycia
- Odżywiam się „na mieście”

14. Jakie napoje i w jakich ilościach spożywasz w ciągu dnia?

- Woda
- Woda smakowa
- Herbata
- Kawa
- Słodkie napoje gazowane
- Alkohol
- Soki
- Inne, wymienić jakie.....

15. Proszę opisać swoje posiłki:

Posiłek	Co spożywam	Godzina
Śniadanie		
II śniadanie		
Obiad		
Podwieczorek		
Kolacja		

16. Wymień:

<i>Produkty, które szczególnie lubię:</i>	<i>Produkty, za którymi nie przepadam, ale zjem jeśli trzeba:</i>	<i>Produkty, których nie cierpię i nie zjem na pewno:</i>	<i>Mam alergię pokarmową/ szkodzi mi:</i>

17. Ile posiłków dziennie chciałbyś jeść? (możliwości czasowe)

- 3
- 4
- 5

18. Czy chciałbyś zmaksymalizować proces treningowy włączając dodatkową, indywidualnie dobraną suplementację na bazie naturalnych składników?

- Tak
- Nie

19. Jak często możesz trenować uwzględniając aktualne możliwości czasowe? (samodzielnie lub z trenerem)

- 2-3
- 3-4
- 5

20. Jaką aktywność fizyczną lubisz najbardziej?

- Trening siłowy na siłowni
- Trening siłowy z własnym ciałem
- Bieganie
- Pływanie
- Jazda na rolkach/łyżwach

- Nordic Walking
- Chodzenie po górach
- Spacer
- Inne, wymień jakie:.....

21. Czy jesteś w stanie samodzielnie przygotowywać posiłki? Jeżeli nie, można skorzystać z opcji cateringu dietetycznego.

- Tak
- Nie
- Tylko w weekendy

22. Czy w Twojej diecie jest coś czego nie potrafisz sobie odmówić?

23. Czy jesteś świadomy, że zmiany, które wprowadzisz w życie, są trwałymi zmianami stylu życia?

TRENING PERSONALNY

24. Jak preferujesz godziny treningów personalnych? Podaj możliwy przedział godzinowy.

dzień tygodnia	przedział godzinowy
poniedziałek	
wtorek	
środa	
czwartek	
piątek	

26. Jak do mnie dotarłeś?

- Polecenie od znajomych/rodziny
- Wyszukiwarka Google
- Facebook
- Portale ogłoszeniowe, np. Gumtree, OLX
- Portale trenerskie, np. znany-trener.pl
- Inne, podaj źródło.....