

Namn: _____
Ålder: _____
Adress: _____

Telefonnummer: _____
E-mail: _____

Vilka är dina intressen:
 Kondition
 Rörlighet
 Styrka
 Viktminskning
 Övrigt: _____

Del A: Livstil

1. Vad är ditt yrke? _____
2. Har du problemen med att slappna av? _____
3. Är din vardag stressig? _____
4. Hur många timmar sover du under natten? _____
5. Röker/snusar du, om ja; hur ofta? _____

Del B: Fysisk aktivitet

1. Vilken sort aktivitet utför du nu? _____
2. Hur ofta (och hur länge) per vecka:
 - Idrott (t.ex.; löpning) _____
 - Vardagsträning (t.ex.; att promenera) _____
 - Styrketräning _____
3. Vilka tider och dagar passar dig bäst att träna?

	8-10	10-12	12-14	14-16	16-18	18-20	20-22
Måndag							
Tisdag							
Onsdag							
Torsdag							
Fredag							
Lördag							
Söndag							

4. Har du:
 - Pulslocka _____ (märke/typ)
 - Träningsutrustning _____ (märke/typ)

Del C: Kost

1. Vad äter du till frukost? _____
2. Vad äter du till lunch? _____
3. Vad äter du till middag? _____
4. Hur många ggr per dygn dricker/äter du:
 - Frukt _____
 - Godis eller kakor _____
 - Kaffe _____
 - Läskedryck _____
 - Vatten och/eller te _____
5. Hur många ggr i veckan äter du:
 - Fisk _____
 - Grönsaker _____
 - Kyckling _____
 - Kött _____

Del D: Hälsodeklaration

1. Har du tidigare haft eller för närvarande:

Allergi	
Artros	
Astma eller annan lungsjukdom	
Benskörhet	
Blir du onormalt andfådd eller får du ont i bröstet vid ansträngning?	
Diabetes (sockersjuka)	
Epilepsi	
Funktionshinder	
Förhöjda blodfetter	
Graviditet (under de senaste 3 månaderna)	
Hjärtsjukdomar, hjärtinfarkt eller pacemaker	
Högt blodtryck	
Missbrukat läkemedel, narkotika eller alkohol (under de senaste 5 åren)	
Obehag eller skador av muskler eller leden?	
Obesitas (övervikt)	
Rygg- eller nackeproblem (CANS / RSI)	
Övriga sjukdomar eller operationer	

2. Använder du mediciner (om ja, vilka)? _____

Övriga upplysningar

Jag försäkrar härmed att jag själv besvarat och fyllt i denna hälsodeklaration samt att de lämnade svaren är fullständiga och sanna enligt min kännedom om min situation. Jag inser att jag själv har fullt ansvar för utelämnade upplysningar om uppenbara existerande eller tidigare medicinska förhållanden. Jag är medveten att jag måste informera Personal Sports i fall min hälsotillstånd ändras och därmed dessa hälsouppgifter skulle ändras i framtiden.

Datum

Underskrift