

ANKIETA TRENERA PERSONALNEGO

Formularz wstępny przed rozpoczęciem współpracy

Data wypełnienia: _____

Imię i nazwisko: _____

Wiek: _____ Płeć: M / K

Telefon: _____ Email: _____

1. STAN ZDROWIA I HISTORIA MEDYCZNA

Obecny stan zdrowia:

- Bardzo dobry
- Dobry
- Średni
- Słaby

Czy obecnie przyjmujesz jakieś leki?

- Nie
- Tak - jakie: _____

Czy masz lub miałeś/aś w przeszłości któreś z poniższych schorzeń?

- Choroby serca/układu krążenia
- Nadciśnienie tętnicze
- Cukrzyca
- Problemy z kręgosłupem
- Kontuzje stawów (kolana, barki, kostki)
- Astma lub inne problemy oddechowe
- Epilepsja
- Inne: _____

Czy kiedykolwiek miałeś/aś:

- Zawał serca
- Udar
- Operacje (jakie i kiedy): _____
- Złamania kości
- Poważne kontuzje sportowe

Czy lekarz kiedykolwiek zabronił Ci aktywności fizycznej?

- Nie

Tak - powód: _____

2. AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA I DOŚWIADCZENIE

Obecny poziom aktywności:

- Siedzący tryb życia (brak regularnej aktywności)
- Niska aktywność (1-2 razy w tygodniu)
- Umiarkowana aktywność (3-4 razy w tygodniu)
- Wysoka aktywność (5+ razy w tygodniu)

Jakie formy aktywności obecnie uprawiasz?

Doświadczenie z siłownią:

- Brak doświadczenia
- Początkujący (do 6 miesięcy)
- Średniozaawansowany (6 miesięcy - 2 lata)
- Zaawansowany (ponad 2 lata)

Czy miałeś/aś wcześniej trenera personalnego?

- Nie
 - Tak - jak długo: _____
-

3. CELE TRENINGOWE

Główny cel (wybierz maksymalnie 2):

- Redukcja masy ciała
- Zwiększenie masy mięśniowej
- Poprawa kondycji fizycznej
- Zwiększenie siły
- Modelowanie sylwetki
- Poprawa zdrowia
- Przygotowanie do wydarzenia (jakie): _____
- Inne: _____

W jakim czasie chcesz osiągnąć swój cel?

- 1-3 miesiące
- 3-6 miesięcy
- 6-12 miesięcy
- Ponad rok

Co jest dla Ciebie największą motywacją?

4. STYL ŻYCIA I NAWYKI

Ile godzin śpisz średnio na dobę?

- Mniej niż 6 godzin
- 6-7 godzin
- 7-8 godzin
- Ponad 8 godzin

Poziom stresu w życiu codziennym:

- Niski
- Umiarkowany
- Wysoki
- Bardzo wysoki

Zawód/praca:

- Praca siedząca
- Praca fizyczna
- Praca wymagająca dużo podróży
- Nieregularne godziny pracy
- Inne: _____

Ile czasu możesz przeznaczyć na trening?

- 30-45 minut
- 45-60 minut
- 60-90 minut
- Ponad 90 minut

Ile dni w tygodniu możesz trenować?

- 1-2 dni
 - 3-4 dni
 - 5-6 dni
 - Codziennie
-

5. ŻYWIENIE I NAWYKI ŻYWIENIOWE

Jak oceniasz swoje nawyki żywieniowe?

- Bardzo dobre

- Dobrze
- Średnie
- Słabe

Ile posiłków jesz dziennie?

- 1-2
- 3
- 4-5
- Ponad 5

Czy masz alergię pokarmową lub nietolerancję?

- Nie
- Tak - jakie: _____

Czy stosujesz jakąś dietę?

- Nie
- Tak - jaką: _____

Ile wody wypijasz dziennie?

- Mniej niż 1 litr
- 1-2 litry
- 2-3 litry
- Ponad 3 litry

Czy pijesz alkohol?

- Nie
- Okazjonalnie
- Regularnie (ile razy w tygodniu): _____

Czy palisz papierosy?

- Nie
- Tak - ile dziennie: _____

6. PREFERENCJE TRENINGOWE

Preferujesz:

- Trening siłowy
- Trening cardio
- Trening funkcjonalny
- Mieszany (siła + cardio)

Które partie ciała chcesz szczególnie rozwijać?

Czy masz jakieś obawy związane z treningiem?

Preferowana pora treningów:

- Rano (6:00-10:00)
 - Południe (10:00-14:00)
 - Popołudnie (14:00-18:00)
 - Wieczór (18:00-22:00)
-

7. POMIARY I DANE FIZYCZNE

Wzrost: _____ cm

Waga: _____ kg

Obwód talii: _____ cm

Obwód bioder: _____ cm

Procent tkanki tłuszczowej (jeśli znasz): _____%

Czy masz dostęp do:

- Siłownia
 - Sprzęt domowy (jaki): _____
 - Basen
 - Boiska sportowe
-

8. DODATKOWE INFORMACJE

Co według Ciebie może utrudnić realizację celów?

Czy ktoś z Twojej rodziny będzie wspierał Cię w treningach?

- Tak
- Nie
- Nie wiem

Czy masz jakieś dodatkowe uwagi lub pytania?

OŚWIADCZENIE I ZGODA

Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są prawdziwe i kompletne. Rozumiem, że ukrycie istotnych informacji zdrowotnych może prowadzić do kontuzji lub problemów zdrowotnych.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji usług treningowych zgodnie z RODO.

Zgoda na kontakt:

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny/mailowy w sprawach związanych z treningami.

Podpis klienta: _____

Data: _____

Do wypełnienia przez trenera:**Ocena gotowości do treningów:**

Bez przeciwwskazań

Wymaga konsultacji lekarskiej

Ograniczenia: _____

Podpis trenera: _____

Data: _____