

Fragebogen zur Trainingsplanung

Bitte ausfüllen und entsprechende Antworten ankreuzen und per Post oder Fax an uns senden! Die Adresse finden Sie in der Fußzeile.

Stammdaten

| | |
|-------------------|---------------------|
| Name, Vorname | Geburtsdatum |
| Strasse | PLZ, Ort |
| Telefon Festnetz | Telefax |
| Handy | E-Mail |
| Körpergröße in cm | Körpergewicht in kg |

Gesundheitsanamnese (Akute oder länger bestehende Erkrankungen)

| Art der Erkrankung | Ja | Nein |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kreislaufkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Infektionen (jeglicher Art) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entzündungen (jeglicher Art) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Stoffwechselerkrankungen (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schmerzen regional/ allgemein | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, welche? _____

Sonstige Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes? _____ Ja/ Nein

Wenn ja, welche? _____

Zur Erstellung individueller Trainingspläne ist es wichtig, dass wir von Ihnen möglichst genaue und ausführliche Informationen zu Ihrer sportlichen Vergangenheit, Ihren Zielen, Ihrem Zeitbudget, ihrer beruflichen und privaten Situation und Ihrem bisherigen Training bekommen. Je mehr Informationen wir erhalten, umso genauer können wir Ihr Training planen. Aus diesem Grund bitten wir Sie die folgenden Fragen möglichst genau zu beantworten.

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

Wieviele Stunden pro Woche müssen sie für die Arbeit aufwenden?

Haben Sie geregelte Arbeitszeiten? Ja Nein Arbeitszeiten von/bis _____

Arbeiten Sie Schicht? Ja Nein

Zu welchen Schichtzeiten arbeiten Sie? Früh Spät Nacht
von/bis von/bis von/bis

Skizzieren Sie bitte Ihren Schichtrhythmus: _____

Bei Bedarf bitte Schichtplan beilegen

Wird am Wochenende gearbeitet? Wann? _____

Private Situation

Familienstand: verheiratet ledig Freund/ Freundin Kinder

Sind Sie außerhalb des Berufs in Organisationen/ Vereinen/ etc. zeitlich eingespannt? Ja Nein

Wieviel Zeit pro Woche müssen Sie dafür verwenden?

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? _____

| Disziplin | Stunden | Kilometer |
|-------------------------|---------|-----------|
| Schwimmen | | |
| Radfahren | | |
| Laufen | | |
| Allgemeines Training | | |
| Sonstiges (Skates etc.) | | |

Realisierte Umfänge Ihrer umfangreichsten Saison in Stunden und/ oder Kilometern (Bitte nur ausfüllen, wenn es sich nicht um das vergangene Jahr handelt)

Jahr: _____

| Disziplin | Stunden | Kilometer |
|-------------------------|---------|-----------|
| Schwimmen | | |
| Radfahren | | |
| Laufen | | |
| Allgemeines Training | | |
| Sonstiges (Skates etc.) | | |

Zeitbudget für Ihr Training (hier ist die Zeit gemeint, die wirklich für ein Training genutzt werden kann)

| Tag | Trainingszeit in Stunden | Ab wieviel Uhr |
|------------|--------------------------|----------------|
| Montag | | |
| Dienstag | | |
| Mittwoch | | |
| Donnerstag | | |
| Freitag | | |
| Samstag | | |
| Sonntag | | |

Gruppen-/ Vereinstraining (bitte angeben, wie wichtig es Ihnen ist diese Einheiten mit einzuplanen)

| Tag | Disziplin | Intensität der Trainingseinheit | Trainingszeit in Stunden | Von wann bis wann | Wichtigkeit |
|------------|-----------|---------------------------------|--------------------------|-------------------|-------------|
| Montag | | | | | |
| Dienstag | | | | | |
| Mittwoch | | | | | |
| Donnerstag | | | | | |
| Freitag | | | | | |
| Samstag | | | | | |
| Sonntag | | | | | |

Trainingslager, etc.

Haben Sie schon ein Trainingslager geplant?
Wenn ja, von wann bis wann?

Ja Nein

Kennen Sie schon Tage, an denen kein Training möglich ist?
Wenn ja, welche?

Ja Nein

Gibt es außer Trainingslagern Wochen, in denen vermehrtes Training möglich ist?
Wenn ja, von wann bis wann?

Ja Nein

Bestzeiten in den Einzeldisziplinen (Die Zeiten helfen uns bei der Ermittlung von Intervallzeiten im Schwimmen und Laufen und geben uns eine Einschätzung Ihres Leistungsvermögens. Bitte nur angeben, wenn einigermaßen aktuell, also aus der aktuellen oder letzten Saison. Beim Schwimmen wäre die Information wichtig, ob die Zeit im Becken oder im See zustande gekommen ist und mit oder ohne Neopren geschwommen wurde)

| Disziplin | Bestzeit (in hh:mm:ss,0) | Datum/ Jahr | Wettkampf |
|--------------------------|--------------------------|-------------|-----------|
| Lauf 100m Sprint | | | |
| Lauf 400m | | | |
| Lauf 1000m | | | |
| Lauf 3000m/5000m | | | |
| Lauf 10000m | | | |
| Lauf 21,1km | | | |
| Lauf 42,2km | | | |
| Schwimmen 25m mit Sprung | | | |
| Schwimmen 50m mit Sprung | | | |
| Schwimmen 100m | | | |
| Schwimmen 200m | | | |
| Schwimmen 400m | | | |
| Schwimmen 1500m | | | |
| Schwimmen 1900m | | | |
| Schwimmen 3800m | | | |
| Radfahren 1000m | | | |
| Radfahren 5000m | | | |
| Radfahren 10000m | | | |
| Radfahren 40km | | | |
| Radfahren 90km | | | |
| Radfahren 180km | | | |
| Triathlon 1,5-40-10 | | | |
| Triathlon 1,9-10-21,1 | | | |
| Triathlon 3,8-180-42,2 | | | |
| | | | |
| | | | |

Sonstige Angaben zu Trainingsmöglichkeiten (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Folgende Möglichkeiten für das Training oder die Regeneration stehen mir alternativ zur Verfügung:

- Langlaufausrüstung klassisch
- Langlaufausrüstung Skating

- Inline Skates
- Cross Skates mit Stöcken
- Skiroller mit Stöcken
- Nordic Walking Ausrüstung

- Fitnessstudio für Krafttraining (über den Winter empfehlenswert)

- See oder offenes Gewässer für Freiwasserschwimmen oder Wechseltraining

- MTB
- Rennrad
- Zeitfahrrad
- Rolle
- Ergometer
- Crossrad
- Spinningbike

- Bei schlechtem Wetter fahre ich auch im freien Rad
- Bei schlechtem Wetter fahre ich gar kein Rad

- In meiner Umgebung befinden sich flache Radstrecken
- In meiner Umgebung befinden sich hügelige Radstrecken
- In meiner Umgebung befinden sich auch längere Anstieg (über 15min bergan)

- Ich habe einen Trittfrequenzmesser am Rad
- Ich besitze einen Kraftleistungsmesser am Rad (SRM, Ergomo, Powertap, etc.)

- Für das Lauftraining stehen mir flache Strecken zur Verfügung
- Für das Lauftraining stehen mir hügelige Strecken zur Verfügung
- Für das Lauftraining stehen mir auch längere Anstiege zur Verfügung (>10min bergan)
- Ich habe die Möglichkeit auf einem Laufband zu laufen
- Für die Intervallläufe kann ich auf einer Tartan-/ Aschenbahn laufen
- Für das Intervalltraining habe ich flache ausgemessene Standardstrecken

- Zur Regeneration steht mir die Möglichkeit zur Verfügung in die Sauna zu gehen.
- Zur Regeneration habe ich die Möglichkeit zur Massage zu gehen.

Schwimmen ist für mich (badbedingt) nur an folgenden Tagen möglich:

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

Hiermit bestätige ich, dass zur Zeit keine gesundheitlichen Einschränkungen vorliegen, keine Bedenken des behandelnden Arztes hinsichtlich Belastbarkeit/ Belastungstest bestehen und Infektionen mindestens sechs Wochen zurückliegen.

Ort, Datum

Unterschrift