Kwestionariusz osobowy

TRENINGI

Imię i Nazwisko:…….

Adres mailowy :……

Numer kontaktowy :……

Płeć :……..

Wiek :……..

Waga :……..

Przebyte choroby:……..

Wady postawy:……..

Dolegliwości bólowe:……

Rodzaj wykonywanej pracy : stojąca/ siedząca / fizyczna /……..

Nałogi:……

Choroby autoimmunologiczne : ……

Stosowane diety :……

Regeneracja /sen :……..

Poziom motywacji : ……

Ilość wody wypijanej w ciągu dnia : ……..

Zażywane leki /suplementy :……..

2. Twój cel treningu ?? Przykładowe cele treningowe

1) redukcja masy ciała

2) budowa masy mięśniowej

3) siła

4) nauka nowych umiejętności np. Stanie na rękach

5) poprawa ogólnej sprawności

6) modelowanie i poprawa sylwetki (wypisz proszę partie ciała na które , chcesz mocno zwrócić uwagę w treningu
…….

7) przygotowywanie pod konkretny cel np. zawody jak tak jakie:

……..

8) jak długo chcesz trenować ?? Czy zakładasz jakiś okres czasu ?? Okres przygotowań np. do zawodów ?? ……

3. Jakie masz doświadczenie treningowe ??

Jak długo ćwiczysz ??

Jeśli trenowałeś/trenowałaś to w jakiej formie ??

Czy trenowałeś/trenowałaś z trenerem czy samodzielnie ??

Jak oceniasz znajomość techniki ćwiczeń ?? czy są ćwiczenia w których, nie czujesz pewności ich poprawnego wykonania ?? Lub czy są ćwiczenia w których czujesz najwolniejszy progres ?? Jak są takie wymień i opisz co robiłaś ?? jakie ruchy jak często były wykonywane ??

……..

4. W jakich warunkach będzie wykonywany trening ??

1) outdoor

2) w domu (w ograniczonej przestrzeni)

3) w domu (mam dużą przestrzeń)

4) w siłowni

5) Jakim sprzętem dysponujesz jeśli trening ma być przygotowany pod warunki domowe ?? (wypisz rodzaj sprzętu jak i obciążenie jakie maksymalnie posiadasz od ilu do ilu kg na danym przyrządzie ??)……

6) Jak dysponujesz swoim czasem wolnym na trening ?? Czy ma on trwać maksymalnie godzinę ?? Czy możesz sobie pozwolić na trening do 1,5 godziny ??……..

5. Ile jednostek treningowych będziesz w stanie i ile chcesz wykonywać w tygodniu ?? Zalecana minimalna ilość treningów to 3 w tygodniu …….

6) przebyte urazy i kontuzje, zabiegi chirurgiczne…….

7) Czy aktualnie twój stan zdrowia pozwala ci na wykonywanie wszystkich ćwiczeń ?? Czy masz ograniczenia ruchowe ?? Czy odczuwasz je podczas ruchów ?? Jak tak to podczas jakich ?? ……

8) Czy potrafisz oddychać ?? Jak myślisz jak oddychasz podczas swojego treningu ??……..

a) nosem robię wdech ustami wydech

b) oddycham tylko nosem

c) tylko ustami

d) potrafię oddychać torem brzusznym (oddech przepony)

e) w trakcie ćwiczeń łapię zadyszkę dość szybko i nie koncentruję się na oddychaniu

f) ćwiczę często na bezdechu

g) gdy zaczynam oddychać przez nos boli mnie głowa

9. Jeśli jesteś kobietą w ciąży/ po ciąży , określ jak długo jesteś po urodzeniu / poród/ naturalny / cesarskie cięcie / komplikacje zdrowotne np. Nietrzymanie moczu ……(ND- nie dotyczy)