COLONA FIT COACHING
CONSISTENCY FIRST

Gesundheitsfragebogen

Vor Coachingstart vollständig ausfüllen · vertraulich · gemäss AGB Ziffer 4

Bitte beachten

- Bitte beantworte alle Fragen **vollständig und ehrlich**. Ohne vollständigen Fragebogen beginnt das Coaching nicht (AGB Ziffer 4.1).
- Wenn du eine Frage mit **Ja** beantwortest, ist das kein Ausschluss. Colona Fit Coaching kann aber vor dem Start eine **ärztliche Unbedenklichkeitsbestätigung** verlangen (Vorlage «Ärztliche Bestätigung» erhältst du von Colona Fit Coaching, AGB Ziffer 4.3).
- Änderungen deiner Gesundheit während des Coachings meldest du bitte **sofort und unaufgefordert** (AGB Ziffer 4.2).
- Bei akuten Beschwerden wie Brustschmerzen, Atemnot, starkem Schwindel oder Ohnmacht: **sofort Notruf 144** oder ärztliche Hilfe (AGB Ziffer 3.5).
- Am einfachsten beantwortest du diese Fragen online bei der Anmeldung auf colonafitcoaching.ch – dann brauchst du diese Papierversion nicht. Auf Papier: ausgefüllt und unterschrieben **persönlich übergeben oder per E-Mail** an info@colonafitcoaching.ch senden – bitte nicht über WhatsApp, Instagram oder andere soziale Medien.

1. Persönliche Angaben

Vorname		**Nachname**	
Geburtsdatum		**Telefon**	
E-Mail			
Adresse			
Gebuchtes Paket		**Startdatum**	
Notfallkontakt (Name, Beziehung)			
Telefon Notfallkontakt		**Hausärztin / Hausarzt (optional)**	

Für Personen unter 18 Jahren gilt AGB Ziffer 20: Die erziehungsberechtigte Person unterschreibt zusätzlich unten.

2. Körperdaten

Grösse (cm)		**Gewicht (kg)**	
Ruhepuls (falls bekannt)		**Blutdruck (falls bekannt)**	

3. Gesundheit

Nr.	Frage	Antwort	Falls ja: Details
1	Hat dir eine Ärztin oder ein Arzt je gesagt, dass du eine **Herzerkrankung** oder **Bluthochdruck** hast?	☐ Ja ☐ Nein	
2	Hast du in Ruhe, im Alltag oder beim Sport **Schmerzen in der Brust**, Herzrasen oder Herzstolpern?	☐ Ja ☐ Nein	
3	Verlierst du wegen **Schwindel** das Gleichgewicht oder warst du in den letzten 12 Monaten **bewusstlos**?	☐ Ja ☐ Nein	
4	Hast du **Diabetes**, Asthma, Epilepsie oder eine andere **chronische Erkrankung**?	☐ Ja ☐ Nein	
5	Nimmst du regelmässig **Medikamente** (inkl. Blutverdünner, Blutdruck-, Herz- oder Psychopharmaka)?	☐ Ja ☐ Nein	
6	Hast du aktuell **Verletzungen, Schmerzen** oder Probleme mit **Knochen, Gelenken, Muskeln oder Rücken**?	☐ Ja ☐ Nein	
7	Hattest du in den letzten 24 Monaten eine **Operation** oder einen Unfall mit Nachwirkungen?	☐ Ja ☐ Nein	
8	Bist du **schwanger**, oder hast du in den letzten 12 Monaten ein Kind geboren?	☐ Ja ☐ Nein	
9	Hast oder hattest du eine **Essstörung** (z. B. Magersucht, Bulimie, Binge Eating)?	☐ Ja ☐ Nein	
10	Hast du aktuell **erhebliche psychische Belastungen** oder bist du deswegen in Behandlung?	☐ Ja ☐ Nein	
11	Hat dir eine Ärztin oder ein Arzt **vom Sport abgeraten** oder dir **Einschränkungen** auferlegt?	☐ Ja ☐ Nein	
12	Gibt es **sonst etwas**, das gegen intensives Training oder eine Ernährungsumstellung sprechen könnte?	☐ Ja ☐ Nein	
13	Nimmst du **leistungssteigernde Substanzen** (z. B. Steroide, Testosteron, Wachstumshormone, SARMs)? Betreuung nur mit ärztlicher Verordnung und Nachweis (AGB Ziffer 4.8).	☐ Ja ☐ Nein	

4. Ernährung

Nr.	Frage	Antwort	Falls ja: Details
14	Hast du eine ärztlich festgestellte **ernährungsrelevante Erkrankung** (z. B. Diabetes, Nieren-, Darm-, Schilddrüsen- oder Stoffwechselerkrankung)?	☐ Ja ☐ Nein	
15	Hast du **Allergien** oder **Unverträglichkeiten** (z. B. Laktose, Gluten, Nüsse)?	☐ Ja ☐ Nein	
16	Isst du nach einer bestimmten **Ernährungsform** (z. B. vegetarisch, vegan, halal, intervallfasten)?	☐ Ja ☐ Nein	
17	Nimmst du **Nahrungsergänzungsmittel** (z. B. Protein, Kreatin, Vitamine)?	☐ Ja ☐ Nein	

Hinweis: Das Ernährungscoaching richtet sich an gesunde Personen und ist keine Ernährungstherapie. Bei einer ernährungsrelevanten Erkrankung oder einem BMI ab 30 erfolgt es nur ergänzend zu einer ärztlichen Behandlung und mit ärztlicher Zustimmung (AGB Ziffer 3.4).

5. Training, Alltag und Ziele

Trainingserfahrung	
Training pro Woche (aktuell)	
Beruf / Alltag (sitzend, stehend, körperlich)	
Deine Ziele	
Bis wann?	

Schlafqualität	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 (1 = sehr schlecht, 10 = sehr gut)
Stresslevel	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 (1 = kein Stress, 10 = sehr hoch)
Motivation	☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ☐6 ☐7 ☐8 ☐9 ☐10 (1 = tief, 10 = sehr hoch)

6. Einwilligung Datenschutz

Gesundheits- und Körperdaten sind **besonders schützenswerte Personendaten**. Colona Fit Coaching bearbeitet sie nur für die Durchführung, Anpassung und Dokumentation deines Coachings, verwendet sie nicht für Werbung und gibt sie ohne deine Einwilligung nicht an Dritte weiter, ausser in einem Notfall zum Schutz deiner Gesundheit (z. B. an Rettungsdienste). Die Daten werden in der Regel bis 2 Jahre nach Ende der Zusammenarbeit aufbewahrt und danach gelöscht oder anonymisiert. Details: Datenschutzerklärung, AGB Ziffer 19.

☐	**Ich willige ausdrücklich ein,** dass Colona Fit Coaching meine Gesundheits- und Körperdaten wie oben beschrieben bearbeitet. Ich kann diese Einwilligung jederzeit für die Zukunft widerrufen. Ist ohne diese Daten keine sichere Betreuung möglich, gilt AGB Ziffer 12.6. **(erforderlich)**
☐	**Fortschrittsbilder:** Ich bin einverstanden, freiwillig Fotos zu senden. Sie werden **nur intern** für mein Coaching verwendet. **(freiwillig)**
☐	**Veröffentlichung:** Ich erlaube die Veröffentlichung meiner Ergebnisse, Bilder oder meines Erfahrungsberichts (z. B. Website, Instagram), ☐ mit Gesicht ☐ ohne Gesicht / anonymisiert. Ohne Kreuz erfolgt keine Veröffentlichung. Widerruf jederzeit möglich (AGB Ziffer 18). **(freiwillig)**

7. Bestätigung und Unterschrift

Ich bestätige, dass meine Angaben **vollständig und wahrheitsgemäss** sind. Ich melde Änderungen meines Gesundheitszustands sofort. Ich trainiere eigenverantwortlich im Rahmen meiner Leistungsfähigkeit und breche das Training bei Schmerzen, Schwindel, Atemnot, Übelkeit oder Unwohlsein sofort ab. Ich nehme keine leistungssteigernden Substanzen ohne ärztliche Verordnung ein (AGB Ziffer 4.8). Ich bin für meinen Kranken- und Unfallversicherungsschutz selbst verantwortlich (AGB Ziffer 4).

Ort, Datum	Unterschrift Kundin / Kunde	Unterschrift erziehungsberechtigte Person (nur bei Minderjährigen)

Durch Colona Fit Coaching auszufüllen Erhalten am / geprüft am	☐ Start freigegeben ☐ ärztliche Bestätigung verlangt ☐ Rückfrage nötig Visum: