



STUDIO TRENINGU PERSONALNEGO 60MINUT

ŁÓDŹ, UL. LIPOWA 15/17

WWW. 60MINUT.COM.PL

.....
data*

DANE OSOBOWE

.....
Imię i nazwisko: *

.....
Telefon: *

.....
Płeć: *

.....
Preferowane godziny kontaktu telefonicznego:

.....
Data urodzenia: *

.....
Wiek: *

.....
Na ile się czujesz? *

.....
E-mail: *

.....
Adres zamieszkania:

.....
Osoba kontaktowa: * (imię, nazwisko i telefon)

.....
Waga (kg): *

.....
Wzrost (cm): *

.....
BMI:

.....
Ciśnienie krwi:

Czego oczekujesz od PersonalWolf: *

- Dieta
- Trening
- Masaż
- Inne:

Współczynnik aktywności: *

- BARDZO AKTYWNY** (codziennie intensywne ćwiczenia+ praca fizyczna przez większą część dnia)
- AKTYWNY** (codziennie intensywne ćwiczenia + praca 'na nogach')
- ŚREDNIO AKTYWNY** (ćwiczenia 3 razy w tygodniu + praca siedząca)
- NISKO AKTYWNY** (brak ćwiczeń + praca siedząca)

Główny cel jaki chce Pan/Pani osiągnąć: *

- Redukcja** (zmniejszenie wagi przez zmniejszenie ilości tłuszczu)
- Wzrost masy** (przybranie na wadze przez nabranie masy mięśniowej)
- Zdrowe odżywianie** (zmiana nawyków żywieniowych na prozdrowotne)
- Wzrost siły**
- Zwiększenie ogólnej sprawności fizycznej**

W jakim przedziale czasu chcesz zrealizować swój cel?

Alergie i inne problemy zdrowotne (uczulenia, przebyte choroby, schorzenia, zażywane leki, choroby serca, astma, nadciśnienie, cukrzyca, nadczynność/niedoczynność tarczycy): *

Typ i czas wykonywanej pracy (siedząca, fizyczna, inna):

Czy kiedykolwiek w przeszłości ćwiczyłeś/aś z obciążeniami?

Czy miałeś/aś jakieś kontuzje (złamania, zwichnięcia, inne)?
Jeśli TAK, proszę podać jakie:

Czy trenowałeś/aś, kiedykolwiek z osobistym trenerem?
Jeśli TAK, proszę podać jak długo:

Czy w chwili obecnej ćwiczysz regularnie?
Jeśli TAK, proszę podać, jaka to jest forma to ruchu:
Jeśli NIE, proszę podać, kiedy i jaka to była forma to ruchu:

Ile razy w tygodniu wykonujesz ćwiczenia aerobowe:
bieganie / rower / nordic walking / aerobik / inne:

Ile razy w tygodniu wykonujesz:
ćwiczenia siłowe / gimnastyka / pilates / inne:

Czy palisz papierosy? Czy zażywasz inne używki?
(Jeśli tak, to proszę podać jak dużo)

Jak często uczęszczasz do restauracji typu FAST FOOD?

Ile godzin zazwyczaj sypiasz?

Moją cierpliwość oceniam na:
(podaj w skali od 1 do 10)

Moje pozytywne nastawienie oceniam na :
(podaj w skali od 1 do 10)

Moja praca zawodowa stresuje mnie:
(podaj w skali od 1 do 10)

Oceniam swoją formę fizyczną na:
(podaj w skali od 1 do 10)

Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe odpowiedzi:

- Jadam posiłki regularnie
- Nie jadam posiłków regularnie
- Sam przygotowuję posiłki i najczęściej:
 - Gotuję produkty spożywcze
 - Piekę produkty spożywcze
 - Duszę produkty spożywcze
 - Smażę produkty spożywcze
 - Grilluję produkty spożywcze
- Spożywam posiłki gotowe
- Jadam w restauracjach, barach, stołówkach itp.
- Piję ponad 1,5l płynów dziennie i najczęściej jest to:
 - Woda mineralna np.
 - Soki owocowe np.
 - Herbata np.
 - Kawa np.
 - Napoje gazowane np.
 - Mleko np.
 - Alkohol np.
 - Napoje izotoniczne, energetyczne itp.
- Piję mniej niż 1,5 l płynów dziennie

Czy waga w przeciągu ostatnich miesięcy zmieniała się?

Proszę wypisać zażywane suplementy i odczucia, rezultaty po ich spożyciu oraz kwotę jaką jest Pan/i w stanie przeznaczyć na ich ewentualne stosowanie:

UPODOBANIA

(co lubisz jeść najbardziej, czego jesz najwięcej):

Częstość spożywania posiłków	Codziennie	Kilka razy w tygodniu	Raz w tygodniu	Raz w miesiącu	Nie spożywam	UWAGI
Pieczycwo białe:						
P. pełnoziarniste:						
Kasza:						
Ryż:						
Makaron:						
Ziemniaki:						
Warzywa:						
W. strączkowe:						
Owoce:						
Mięso:						
Ryby:						
Jaja:						
Mleko:						
Sery i jogurty:						
Tłuszcze:						
Słodczyce:						
Chipsy:						
Kawa:						
Wino:						
Piwo:						
Wódka:						
Dodatkowe pytania, informacje i uwagi:						

Jeden dzień z diety:

Godzina posiłku:

Skład posiłku:

Ile godzin po pobudce zjadasz śniadanie?

Ile godzin przed pójściem spać zjadasz ostatni posiłek?

Czy wstajesz w nocy i podjadasz?

Czy współpracowałeś z dietetykiem?

Jeśli TAK, jakie były rezultaty:

Czy stosowałeś/aś jakąś dietę (Atkins, Dukan, Montignac, South Beach, niskokaloryczna, 1000cal, inna)?

Jeśli TAK, to jaką i jakie były rezultaty:

Jak długo utrzymały się rezultaty:

Czy wiesz co to są: białka, tłuszcze, węglowodany i w jakim pożywieniu się znajdują ?

Czy wiesz co to jest współczynnik IG?

Gdzie chcesz ćwiczyć : u siebie w domu / na dworze / siłownia / sala gimnastyczna / inne...

Jeśli chcesz ćwiczyć w domu, czy posiadasz pomieszczenie do ćwiczeń (salka/siłownia/garaż/duży salon)?

Czy posiadasz w domu jakiś sprzęt lub wyposażenie do ćwiczeń?

Jak często chcesz ćwiczyć w tygodniu (jak często możesz)?

Jak często chcesz ćwiczyć z asystą trenera?

Które dni w tygodniu oraz godziny są dla Ciebie najlepsze (najwygodniejsze) do trenowania?

Co jest dla Ciebie najistotniejsze w współpracy z osobistym trenerem?

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych kontaktowych w celu przeprowadzenia konsultacji oraz zapoznałem się z regulaminem. (Regulamin dostępny pod linkiem: [http://www.60minut.com.pl /regulamin.pdf](http://www.60minut.com.pl/regulamin.pdf))

* Pole oznaczone gwiazdką są obowiązkowe

Czytelny podpis