

שאלון הערכת בריאות ומעקב אימונים

שם מלא: _____ גיל: _____ ת.ז: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

מייל: _____ מקצוע: _____

סוג פעילות בעבודה: עמידה ממושכת/ישיבה ממושכת/עבודה פיזית אינטנסיבית/אחר: _____

הצהרת מתאמן: (הנוסח בלשון זכר, אך מתייחס לשני המינים)

הנני מצהיר כי מידע אותו אני מוסר אודות מצב בריאותי הינו אמין ומלא, ואין בו שום מגבלה שתמנע ממני לקבל אימון כושר מהורנשטין אביחי ו/או מי מטעמו. אני נותן את הסכמתי לקבלת אימוני כושר מהורנשטין אביחי ו/או מי מטעמו, בהם אאומן בהתאם למיטב שיקול דעתו ועל פי ניסיונו ומיומנותו המקצועית. הנני מסיר מהורנשטין אביחי ו/או מי מטעמו כל אחריות לגבי כל שינוי במצב בריאותי, העלול לקרות במהלך אימוני הכושר כתוצאה ממילוי לא מדויק ונכון של שאלון זה.

שם פרטי ומשפחה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

האם הינך עוסק בפעילות גופנית?	לא	כן	איזה?
האם הינך נוטל תרופות באופן קבוע?	לא	כן	איזה?
האם הינך נוטל תוספי מזון?	לא	כן	איזה?
האם אושפזת בשנתיים האחרונות?	לא	כן	עקב מה?
האם נותחת בעבר?	לא	כן	מאיזו סיבה? מתי?
מחלת עצבים או אפילפסיה?	לא	כן	אנא פרט
בעיות לב	לא	כן	איזה? אופן הטיפול?
לחץ דם גבוה?	לא	כן	נא פרט ערכים ואופן הטיפול
האם הינך מקבל תרופות לדילול דם?	לא	כן	סוג?
רמות שומנים גבוהות בדם (כולסטרול, טריגליצרידים)?	לא	כן	אנא פרט סוג וטיפול (תרופתי/תזונתי)

	כן	לא	נטייה לקרישי דם?
אנא פרט סוג, מועד האבחון, טיפול	כן	לא	סכרת
אנא פרט	כן	לא	מחלת כליות/דרכי שטן?
אנא פרט	כן	לא	חרדה/דיכאון/תסמינים פסיכולוגיים אחרים?
	כן	לא	האם הינך מעשן?
	כן	לא	האם הינך צורך סמים?
	כן	לא	האם הינך צורך אלכוהול כדרך קבע?
אנא פרט – סוג, מועד האבחון, טיפולים והליכים רפואיים, והאם קיימים סיבוכים נוספים על רקע המחלה	כן	לא	מחלת הסרטן?
	כן	לא	מחלת עור/פטרייה
פרט	כן	לא	סחרחורות/מיגרנות
איזה	כן	לא	בעיות אורטופדיות
	כן	לא	האם את/ה נמצאת בטיפול הפריה/פוריות?

הערות ותוספות לשאלון:

תאריך: _____ חתימה: _____



רקע קודם בפעילות גופנית:

הרגלי תזונה:

האם מעוניין/ת בייעוץ תזונתי: כן/לא

מטרות האימון:

כמה זמן את/ה מוכן/ה להשקיע בתהליך (ימים בשבוע)?

האם את/ה מוכן/ה להשקיע זמן ומאמצים במסגרת עבודה עצמית? (ביצוע תרגילי גמישות במידת הצורך, הקפדה על תזונה מומלצת, שינוי אורח חיים)



האם יש תנועה או פעילות כלשהי בשגרת היום-יום שקשה לך לביצוע?

האם ישנה פעילות ספורט כלשהי שאינך אוהב/ת במיוחד?

האם ישנה פעילות ספורט כלשהי שאת/ה אוהב/ת במיוחד?

יש לצרף את המסמכים הבאים:

- א. אישור רפואי המאשר כניסה ופעילות גופנית בחדר הכושר (חובה).
- ב. יומן אכילה – 3 ימים טיפוסיים (רשות).

☺ לכל אימון יש להביא בקבוק מים ומגבת!!!