

## PERSÖNLICHE ANGABEN



Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Telefon Geschäftlich \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### COOK & FIT

Walzmühlestrasse 49/49A  
CH-8500 Frauenfeld

T +41 (0)79 431 04 09  
info@cookandfit.ch  
www.cookandfit.ch

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  w  m

Grösse \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Zivilstand \_\_\_\_\_ Kinder \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Freizeitbeschäftigung \_\_\_\_\_

### Beweggründe für die Veränderung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Ziele in der Zukunft

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Selbsteinschätzung in Bezug auf...

... Ernährung

ist 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

soll 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

... Bewegung

ist 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

soll 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

... Entspannung

ist 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

soll 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

### Welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### In welcher Form entspannen Sie sich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**COOK & FIT**  
Walzmühlestrasse 49/49A  
CH-8500 Frauenfeld  
T +41 (0)79 431 04 09  
info@cookandfit.ch  
www.cookandfit.ch

Sind Sie momentan in ärztlicher oder psychiatrischer Behandlung?  Ja  Nein  
(Diabetes, Schwangerschaft, Suchtproblem usw.)

**Wenn ja, weswegen?**

---

---

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?  Ja  Nein

**Wenn ja, welche?**

---

---

Leiden Sie an Allergien?  Ja  Nein

**Wenn ja, welche?**

---

---

Besteht in Ihrer Familie ein erhöhtes Risiko für gewisse Krankheiten?  Ja  Nein

**Wenn ja, welche?**

---

---

Rauchen Sie?  Ja  Nein

**Sonstiges**

---

---

---

Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift

---