

THERMAL LONGEVITY HEALTH CHECK-UP

AQUA
DOME

TIROL THERME
LÄNGENFELD

Ihr persönlicher Start in eine neue Dimension
von Gesundheit & Wohlbefinden

Allgemeine Angaben zur Person

Name: _____

Anreisedatum: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Geschlecht: _____

Sie wurden betreut von: _____

E-Mail Adresse: _____

E-Mail Adresse: fitness@aqua-dome.at

Telefonnummer: _____

Telefonnummer: +43 5253 6400 6100

Retreat Version: Health Kick-Off (2 Nächte)

Health Week (5 Nächte)

GRUPPIERUNG BERUF

Arbeitszeit im Beruf

- Vollzeit
- Teilzeit
- Schichtdienst
- Anderes

Wie definieren Sie Ihren Beruf?

- Überwiegend sitzend
- Überwiegend stehend
- Öfters gestresst
- Selten gestresst
- Nie gestresst
- Ruhig gelassen

GRUPPIERUNG FREIZEIT

Wie definieren Sie ihre Freizeit?

- Überwiegend sitzend
- Überwiegend stehend
- Öfters gestresst
- Selten gestresst
- Nie gestresst
- Ruhig gelassen

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- Ja Nein

Wenn ja, wie oft? _____ /Woche

Welche Sportart? _____

LIFT YOUR SPIRIT



LIFT YOUR HEALTH

Wie schätzen Sie Ihren derzeitigen Trainingsstatus ein?

- Ausdauertrainiert
- Krafttrainiert
- Nicht trainiert
- Sonstiges

Wie schätzen sie ihre Ernährung ein?

- Sehr gesund (100%)
- Gesund (80%)
- Nicht sonderlich gesund (50%)
- Ungesund (weniger als 50% gesund)

Gründe für “nicht sonderlich gesund” / “ungesund”

- Keine Zeit
- Ich kann nicht gesund kochen
- Kein gesundes Angebot (z.B. Kantine)
- Gesundes Essen schmeckt mir nicht
- Sonstiges

Machen Sie derzeit eine Diät?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie ernähren Sie sich derzeit?

- Mischköstler
- Vegetarisch
- Vegan
- Intervallfasten, Art: _____
- Longevity (clean eating)

Haben sie Unverträglichkeiten beim Essen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche? _____

Wie viel Alkohol trinken Sie?

- 1x im Monat
- 1x in der Woche
- 3x in der Woche
- Täglich
- Nie

Falls mind. 1x / Woche, was wird konsumiert?

- Bier
- Wein
- Spirituosen

Wo nehmen sie die Mahlzeiten ein?

Frühstück

- Zu Hause
 Unterwegs: Kantine / Mensa Restaurant Imbiss selbst mitgebracht

Mittag

- Zu Hause
 Unterwegs: Kantine / Mensa Restaurant Imbiss selbst mitgebracht

Abend

- Zu Hause
 Unterwegs: Kantine / Mensa Restaurant Imbiss selbst mitgebracht

GRUPPIERUNG ERNÄHRUNG

Nehmen Sie derzeit Nahrungsergänzungsmittel (Magnesium, Vit. D, etc.)?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie?

- Ja Nein

Sind Sie derzeit schwanger?

- Ja Nein

Hatten sie in den letzten 2 Monaten eine akute Erkrankung?

- Erkältung
 Grippe
 Akute Bronchitis (Lungenentzündung)
 Infektion der Niere oder Harntrakts
 Durchfall
 Erbrechen
 Magengeschwür
 Anderes: _____

GRUPPIERUNG GESUNDHEIT

Haben Sie chronische Erkrankungen oder Beschwerden?

- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Herzprobleme (Infarkt, Rhythmusstörungen)
- Diabetes Mellitus
- Schlaganfall / Gehirnblutung
- Migräne oder regelmäßig Kopfschmerzen
- Chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, Atemnot, Husten, COPD)
- Darmerkrankungen
- Chronische Rückenschmerzen
- Gelenksarthrose
- Arthritis (chronische Entzündung der Gelenke), Rheuma
- Anderes: _____

Hatten Sie die letzten Monate eine Verletzung oder Operation?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie schon einmal an einem Fitnesstest (Ergometrie oder Kraftmessung) teilgenommen?

- Ja Nein

Was und wann? _____

LIFT YOUR SPIRIT



LIFT YOUR HEALTH

Was möchten Sie mit diesem Retreat für sich erreichen?

Mehr Energie & Vitalität

Stressabbau & mentale Balance

Gesunde Ernährung & Stoffwechsel

Besserer Schlaf

Detox / Entschlackung

Nachhaltige Gewichtsreduktion

Langlebigkeit & gesunde Alterung

Fitness / Körperform verbessern:

Sonstiges: _____

Was erwarten Sie sich von dem Aufenthalt?

Möchten Sie folgende Zusatzprodukte / Leistungen buchen?

- Körperanalyse-Waage (Tanita)
- Personaltraining 60 Minuten
- Auf ihre Wünsche und Bedürfnisse abgestimmte Behandlungen (z.B. Massagen)

Ich erkläre, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß, nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

_____ Datum, Unterschrift