

QUESTIONARIO SALUTE & PERSONAL TRAINING

Valutazione iniziale prima di un percorso sportivo personalizzato

Scopo del documento:

Comprendere meglio salute, esperienze, obiettivi e vincoli per adattare le sedute in sicurezza. Risponda con precisione. In caso di dubbi medici, il coach potrà richiedere il parere del Suo medico prima di iniziare o proseguire l'attività.

A. IDENTITÀ E RECAPITI

1. Informazioni personali

Cognome:	Nome:
Data di nascita:	Professione:
Telefono:	E-mail:
Indirizzo:	NPA / Località:

2. Persona da contattare in caso di emergenza

Nome e cognome:	Relazione con Lei:
Telefono:	Medico curante (facoltativo):

B. SALUTE E SICUREZZA

3. Come valuta attualmente il Suo stato di salute generale?

☐ Molto buono ☐ Buono ☐ Discreto ☐ Fragile

4. Un medico Le ha mai sconsigliato o limitato un'attività fisica?

Se sì, precisi il motivo e le raccomandazioni.

☐ No ☐ Sì

5. Ha attualmente, o ha mai avuto, uno dei seguenti problemi?

Indichi la diagnosi, la data e la situazione attuale.

☐ Cardiaco / pressione ☐ Respiratorio ☐ Metabolico / diabete ☐ Neurologico ☐ Altro

6. Avverte sintomi durante lo sforzo o a riposo?

Precisi frequenza, circostanze e ultimo episodio.

☐ Dolore toracico ☐ Affanno insolito ☐ Capogiri / malessere ☐ Palpitazioni ☐ Nessuno

7. Ha dolori, lesioni, interventi o limitazioni articolari attuali o passati?

Zona interessata, eventuale diagnosi, data, cure ricevute e movimenti da evitare.

8. Segue terapie o assume farmaci che possono influenzare lo sforzo?

Nome / scopo della terapia, precauzioni utili (non interrompere una terapia senza parere medico).

☐ No ☐ Sì

9. Vi sono situazioni particolari da considerare?

☐ Gravidanza / post-partum ☐ Allergia ☐ Disabilità ☐ Malattia recente ☐ Nessuna ☐ Altro

C. PERCORSO SPORTIVO E LIVELLO ATTUALE**10. Qual è il Suo percorso sportivo?**

Sport praticati, livello, anni di pratica, regolarità, competizioni e data dell'ultimo periodo attivo.

11. Quale attività fisica svolge attualmente in una settimana tipo?

Tipo, frequenza, durata, intensità, passi giornalieri o abitudini di spostamento attivo.

12. Quali esercizi Le piacciono e quali desidera evitare?

Indichi anche eventuali timori, esperienze negative o preferenze di accompagnamento.

D. OBIETTIVI E ASPETTATIVE

13. Quali sono i Suoi obiettivi prioritari?

Ordini le Sue prime 1-3 priorità e descriva il risultato desiderato.

☐ Salute / energia ☐ Perdita di peso ☐ Massa muscolare ☐ Forza ☐ Mobilità ☐ Prestazione ☐ Benessere

14. Ha una scadenza e degli indicatori di successo?

Data, peso o misure se pertinenti, capacità fisiche, abiti, dolori, sonno, fiducia in sé, ecc.

15. Cosa si aspetta concretamente dal Suo coach?

Descriva ciò che La aiuterebbe di più e ciò che non desidera.

☐ Sedute ☐ Programma autonomo ☐ Alimentazione ☐ Motivazione ☐ Tecnica ☐ Monitoraggio / misure

E. STILE DI VITA, SONNO E STRESS

16. Descriva la Sua quotidianità e i principali vincoli.

Lavoro sedentario o fisico, orari, spostamenti, impegni familiari, tempo disponibile e ambiente di allenamento.

17. Come sono il Suo sonno, il recupero e il livello di energia?

Ore per notte: _____ Qualità /10: _____ Energia /10: _____ Risvegli, orari irregolari, lavoro notturno, stanchezza.

18. Qual è il Suo livello di stress attuale e come lo gestisce?

Stress /10: _____ Fonti principali, effetti su sonno, alimentazione o allenamento e strategie utili.

19. Quali sono le Sue abitudini di vita?

Tabacco / nicotina, alcol, idratazione, tempo seduto, svago e recupero. Indichi frequenza e quantità se pertinenti.

F. ALIMENTAZIONE E INTEGRATORI

20. Descriva una giornata alimentare abituale.

Colazione, pasti, spuntini, bevande, orari, quantità approssimative e differenze nel fine settimana.

21. Segue una dieta o ha allergie, intolleranze o difficoltà alimentari?

Può indicare anche spuntini frequenti, compulsioni, disturbi digestivi o precedenti disturbi alimentari, se desidera informarne il coach.

☐ Nessuno ☐ Vegetariano / vegano ☐ Allergia / intolleranza ☐ Restrizione medica ☐ Altro

22. Assume integratori alimentari o prodotti per la prestazione?

Prodotto, marca, dose, frequenza, motivo e da quando. Indichi anche caffeina, bevande energetiche o altre sostanze utili da conoscere.

☐ No ☐ Sì

23. Su quali aspetti nutrizionali desidera essere seguito/a?

Aspettative, difficoltà e cambiamenti che si sente pronto/a a provare.

☐ Struttura dei pasti ☐ Proteine ☐ Calorie / porzioni ☐ Idratazione ☐ Integratori ☐ Organizzazione

G. MOTIVAZIONE, ORGANIZZAZIONE E MONITORAGGIO

24. Perché desidera iniziare adesso?

Motivazione /10: _____ Fiducia nel successo /10: _____ Principale spinta e principale ostacolo.

25. Quale organizzazione del coaching Le si addice?

Sedute seguite a settimana:	Giorni e orari:
Durata di una seduta:	Luogo:
Sedute autonome possibili a settimana:	
Attrezzatura disponibile:	
Budget o vincoli da segnalare:	

26. Come desidera misurare i progressi e comunicare tra le sedute?

Frequenza dei bilanci: _____ Canale: ☐ WhatsApp ☐ E-mail ☐ App ☐ Altro: _____ Promemoria / livello di supporto desiderato:

☐ Peso ☐ Misure ☐ Foto ☐ Test fisici ☐ Benessere ☐ Diario di allenamento

H. SINTESI E CONFERMA**27. Le tre priorità concordate per il piano di accompagnamento**

28. Precauzioni, adattamenti o invio al medico concordati con il coach

Dichiarazione e consenso

Confermo di aver risposto onestamente secondo le mie conoscenze e mi impegno a informare il coach di ogni cambiamento di salute, dolore o sintomo. Comprendo che il questionario non costituisce una diagnosi né un parere medico. Autorizzo il trattamento riservato di queste informazioni esclusivamente per organizzare e rendere sicuro il mio percorso sportivo, nel rispetto del diritto applicabile. Posso chiedere accesso, rettifica o cancellazione dei dati, fatti salvi gli obblighi legali.

☐ Confermo l'esattezza delle informazioni ☐ Acconsento al trattamento riservato sopra descritto

Luogo e data:	Firma del/della cliente:
Nome del coach:	Firma del coach:

Decisione prima dell'inizio: ☐ Attività possibile secondo il piano concordato ☐ Adattamenti necessari ☐ Richiesto parere / certificato medico