



TAUSTATIETOLOMAKE

Ole hyvä ja täytä lomake huolellisesti jokaiseen kohtaan.
Täydennä tarvittaessa lomakkeen loppuun.

PVM: ___/___ 20___

Nimi _____

Ikä _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Sähköpostiosoite _____

Työnkuvasi _____

Onko sinulla säännölliset työajat
vai teetkö esim. vuorotyötä? _____

Kuinka pitkää työ- tai koulu-
päivää teet keskimäärin? _____

Pituus: _____

Paino: _____

Arvioi yleinen liikunnan harjoittelun
määräsi jokaisen ikäryhmän kohdalla
nykyiseen ikääsi saakka

15–20 v.

21–30 v.

31–40 v.

41–50 v.

51–60 v.

61+ v.

Jos olet viimeisen vuoden aikana
harrastanut säännöllistä liikuntaa,
kuvaile harrastamiasi liikuntalajeja:

Laji:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Kesto (min. /kerta)

Säännöllisyys
(harjoitusta /vko)

Erittäin tehokasta

Tehokasta

Kohtuullisen kuormittavaa

Kevyttä

Hyvin kevyttä

Hyvin runsasta

Runsasta

Kuntoa ylläpitävä määrä

Vähäistä

Erittäin vähäistä

Oletko pitänyt liikuntapäiväkirjaa? Jos olet ja haluat jakaa tietoja uusien liikuntaohjeiden suunnittelun pohjaksi, kerro tässä käyttämäsi palvelu ja/tai miten voit toimittaa tietoja

Jos et ole liikkunut, mitkä ovat mielestäsi syyt siihen?

Minkälaisia kokemuksia sinulla on ollut liikunnasta?

Millaisena pidät omaa yleistä kuntotasoasi verrattuna saman ikäisiin ja samaa sukupuolta oleviin ihmisiin tällä hetkellä?

Kuinka hyväksi arvioisit hapenkuljetuselimistösi (sydän ja keuhkot) kunnon?

Miten arvioisit nykyistä lihaskuntoasi?

Miten arvioisit nykyistä notkeustasoasi?

Tuntuuko jokin kohta vartalossasi liian jäykältä tai liian heikolta? (esim. jokin alue/lihas)

Kärsitkö säännöllisestä niska-hartiaseudun kivusta tai jäykkyydestä?

Onko sinulla todettu jokin seuraavista?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Korkea verenpaine | <input type="checkbox"/> Korkea veren kolesteroli |
| <input type="checkbox"/> Sydänsairaus | <input type="checkbox"/> Krooninen sairaus, mikä? |
| <input type="checkbox"/> Nivelsairaus | <input type="checkbox"/> Selkäsairaus |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Raskaus (viimeisen 6 kk:n aikana) |

Oletko viimeisen puolen vuoden aikana kärsinyt rasitusvammoista? Jos olet, mistä?

Onko lääkärisi milloinkaan kieltänyt sinua harrastamasta säännöllistä liikuntaa? Jos on, miksi?

Onko sinulla säännöllinen lääkitys? Jos on, mikä?

Onko sinulla ruoka-aineallergioita? Jos on, mitä?

Kuinka monta tuntia nuket öisin keskimäärin?

Kuinka monta tuntia päivässä käytät TV:n katseluun
tai tietokoneen ääressä istumiseen vapaa-ajallasi?

Onko sinulla muita liikunnan harrastamiseen liittyviä seikkoja,
jotka tulisi ottaa huomioon liikuntaohjelmaasi suunnitellessa?

Mitä odotat ja toivot tulevalta ohjaukseltasi?

Kuinka usein ja kuinka kovaa olet tarvittaessa valmis harjoittelemaan saavuttaaksesi tavoitteesi?

Muuta huomioitavaa / lisätietoja

TYHJENNÄ

LÄHETÄ

ANTAMASI TIEDOT KÄSITELLÄÄN LUOTTAMUKSELLISESTI JA NIITÄ KÄYTETÄÄN VAIN TILAAMASI
PALVELUN TUOTTAMISEEN. TIETOJA EI LUOVUTETA KOLMANSILLE OSAPUOLILLE.