

Dit gedeelte is bestemd voor je Sportvastenbegeleider

Begeleider: _____

Datum: _____

Sportvasten Geschiktheidstest

Persoonsgegevens

Voornaam _____

Achternaam _____

Bent u echt gemotiveerd uw leven te veranderen en te starten met sportvasten om af te vallen, vitaler te worden en betere sportprestaties te kunnen leveren?

Ja / Nee

Bent u in staat tijdens de laatste afbouwdag, de vastendagen en de eerste opbouwdag minder hard te werken of vrij te nemen (bv een lang weekend)?

Ja / Nee

Bent u in staat 30 minuten achtereenvolgens te sporten?

Ja / Nee

Gebruikt u geneesmiddelen (met uitzondering van de anticonceptiepil)?

Ja / Nee

Indien ja, welke geneesmiddelen:

Bent u onder behandeling van een arts voor een ziekte?

Ja / Nee

Indien ja, voor welke aandoening of ziekte:

Heeft u nu of in het verleden te kampen gehad met een eetstoornis?

Ja / Nee

Indien ja, welke eetstoornis:

Bent u van plan ook na de sportvastenkuur te blijven sporten?

Ja / Nee

Handtekening klant voor akkoord:
