

KRAFT I ÅREN
Styrke- och balansträning för äldre

Vänligen besvara följande frågor

Namn (frivilligt) _____ Ålder _____ Kvinna Man

1. Varifrån fick Ni information om denna träningsmöjlighet?

2. Är träningsplatsen och träningsutrymmena ändamålsenliga för Er?

ja nej, jag (önskemål) _____

3. Är träningstidpunkten lämplig för Er?

ja nej, jag (önskemål) _____

4. Tycker Ni att kostnaderna är lämpliga?

ja nej, jag (önskemål) _____

5. Anser Ni att handledningen sköts på ett kunnigt sätt?

ja nej, jag (önskemål) _____

6. Motsvarar innehållet i träningen Era förväntningar?

ja nej, jag (önskemål) _____

7. Er åsikt om träningen

alltför lätt/enkel lämplig alltför ansträngande/krävande

8. Har Er kondition/rörelseförmåga förändrats till följd av motionsperioden?

förbättrats kvarstått oförändrad försämrats

vänd



9. Har Ni haft obehagliga belastningssymtom eller känt Er speciellt trött på grund av träningen?

nej beskriv närmare _____

10. Har träningen inverkat på hur Ni orkar i vardagslivet?

nej beskriv närmare _____

11. Har Ni fått anvisningar för träning på egen hand?

ja jag (önskemål) _____

12. Har Ni tränat på egen hand enligt givna anvisningar?

ja nej, jag (önskemål) _____

13. Har Ni fått merinformation om styrke- och balansträningens betydelse?

ja nej, jag (önskemål) _____

14. Har Ni fått tillräcklig information om olika alternativ för hur Ni kan motionera?

ja jag (önskemål) _____

15. Vill Ni delta i motionsträning i en grupp?

ja jag (önskemål) _____

16. Har Ni önskemål eller förslag till ändringar när det gäller Er träning?
