

1. Henkilötiedot

Sukunimi	Etunimet	Syntymäaika	Puhelinnumero
----------	----------	-------------	---------------

2. Lähtötilanne

Mistä sait tiedon neuvonnasta? Mitä toivot saavasi neuvonnasta?

Neuvontaan tulemisen syy? Mikä on oma tavoitteesi elintapojen ja painon suhteen?

Onko sinulla usein toistuvia tuki- ja liikuntaelinvaivoja? Onko sairauksia? Jos on todettu jotakin, onko näihin lääkitys?

3. Harrastukset ja liikunta

Tuleeko sinulle hyötyliikuntaa arjessa (esim. kävely kauppaan, siivoaminen kotona, pihatyöt)?

Päivittäin

Useita kertoja viikossa

Harvemmin kuin kerran viikossa

Onko sinulla harrastuksia? Minkälaisesta liikunnasta pidät?

Nautitko luonnossa liikkumisesta?

Kyllä

Ei

En osaa sanoa

4. Ravinto

Kuinka usein syöt päivässä? Onko syömisestä säännöllistä (n. 3-4h välillä tapahtuvaa)?

5. Arjessa jaksaminen**Uni**

Mieti viimeksi kulunutta kuukautta, miten arvioit nukkumistasi asteikolla 1-10 (huomioiden unen määrän ja laadun)?

1=erittäin huono, 10= erittäin hyvä

Stressi

Onko sinulla stressiä?

Harvemmin kuin kerran viikossa

Useita kertoja viikossa

Päivittäin

Elämänlaatu

Koen elämäni tällä hetkellä

Hyvin onnelliseksi

Melko onnelliseksi

Melko onnettomaksi

Hyvin onnettomaksi

En osaa sanoa

6. Onko muita asioita, joista haluat kertoa tai toivot että huomioidaan tapaamisella?

1. Personal information

Last name	First names	Date of birth	Phone number
-----------	-------------	---------------	--------------

2. Starting point

How did you hear about Sport Advice services? What do you hope to get out of Sport Advice?

Why do you seek Sport Advice? What are your goals regarding lifestyle and weight?

Do you have recurring mobility issues (back, knee etc.)? Illnesses? Do you have any prescribed medications?

3. Hobbies and exercise

How much incidental exercise do you do in your daily life (such as walking to the store, cleaning at home, yard work)?

Daily Several times a week Less than once a week

Do you have any hobbies? What kind of exercise do you enjoy?

Do you enjoy moving in nature?

Yes No Unsure

4. Nutrition

How often do you eat daily? Do you eat at regular intervals (3–4-hour intervals)?

5. Coping with everyday life**Sleep**

Think about the previous month, how would you rate your sleep on a scale of 1–10 (amount and quality of sleep)?

1 = very bad, 10 = very good

Stress

Do you have stress?

Less than once a week Several times a week Daily

Life quality

Right now, I consider my life to be

Very happy Somewhat happy Somewhat unhappy
Very unhappy Unsure

6. Anything else you want to tell us or you want to be considered during the meeting?