Name: ..... Fragebogen / Selbsteinschätzung & Trainingsziel

Wie lange spielen Sie bereits Tennis?

- ◯ weniger als 1 Jahr
- ◯ 1-2 Jahre
- ◯ 3-5 Jahre
- ◯ Über 10 Jahre

---

Wie oft nehmen Sie Trainingsangebote (Einzeltraining, Mannschaftstraining wahr?

- ◯ Nie
- ◯ weniger als 1 mal pro Monat
- ◯ weniger als 1 mal pro Woche
- ◯ 1 mal pro Woche
- ◯ Mehr als 1 mal pro Woche

Nehmen Sie an offiziellen Mannschafts-wettbewerben teil oder könnten Sie spielstärkemäßig an solchen

- ◯ Nein
- ◯ Ja, auf Kreisebene
- ◯ Ja, auf Bezirksebene
- ◯ Ja, auf Verbandsebene
- ◯ Ja, auf nationaler Ebene

---

Sind Sie Vereinsspieler? ◯ Ja ◯ Nein

Sind Sie Turnierspieler? ◯ Ja ◯ Nein

---

Beurteilen Sie, inwieweit Sie die folgenden Techniken beherschen:

| Technik | nicht | nicht gut | ausreichend | durchschnittlich | gut | sehr |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Vorhand Grundschlag | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Vorhand Topspin | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Rückhand Grundschlag | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Rückhand Topspin | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Flugball Vorhand | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Flugball Rückhand | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Tiefer Flugball Vorhand | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Tiefer Flugball Rückhand | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Flugball Topspin | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Schmetterball | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Gerader Aufschlag | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |
| Aufschlag Topspin | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ | ◯ |

---

Wie gut gelingt es Ihnen, das Spielsystem des Gegners zu erkennen?

◯ nicht gut ◯ ausreichend ◯ durchschnittlich ◯ gut ◯ sehr gut

---

Wie schätzen Sie Ihre Fehlerquote insgesamt ein?

◯ Sehr hoch ◯ Eher hoch ◯ Durchschnittlich ◯ Eher gering ◯ Sehr gering

---

Wie schätzen Sie die Quote Ihrer Gewinnschläge insgesamt ein?

◯ Sehr hoch ◯ Eher hoch ◯ Durchschnittlich ◯ Eher gering ◯ Sehr gering

---

Wie schätzen Sie Ihre Trefferquote beim ersten Aufschlag ein?

◯ 10-20% ◯ 20-30% ◯ 30-50% ◯ 50-60% ◯ über 60%

---

Wünschen Sie eine Aufzeichnung des Trainings per Video?

◯ Nein ◯ Ja ( Aufpreis: 49,-€, einmalig )

---

Welches Trainingsziel ist Ihnen am wichtigsten?

.....

---

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen?

◯ Nein ◯ Ja, welche .....