

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Kundennummer: _____

Trainingsziele

1. Welche Trainingsziele verfolgst du?

- Verbesserung der allgemeinen Fitness
- Gewichtsreduktion Zielgewicht ____ kg
- Muskelaufbau
- Verbesserung Herz-Kreislauf-System
- Rückenkräftigung
- Gewebestraffung
- Verbesserung der Beweglichkeit
- Stressausgleich
- Sonstiges _____

Erkrankungen

2. Welche Erkrankungen treffen auf dich zu?

- Skoliose,
- Hüftdysplasie,
- Arthrose,
- Osteoporose,
- Bandscheibenvorfall wenn ja, wann? _____

Ärztliche Behandlung/Medikamenteneinnahme

3. Erfolgt derzeit eine ärztliche Behandlung?

falls JA: Kannst du trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?

JA NEIN NICHT BEKANNT

4. Nimmst du zurzeit Medikamente ein?

JA NEIN

falls JA: Kannst du trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?

JA NEIN NICHT BEKANNT

Atemwege

5. Leidest du an Problemen der Atemwege?

JA NEIN

falls JA: Welche?

chronische Bronchitis

(Leistungs-)Asthma

Andere:

falls JA: Kannst du trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?

JA NEIN NICHT BEKANNT

Stoffwechsel/innere Organe

6. Liegt ein Diabetes mellitus vor?

JA NEIN

falls JA: Kannst du trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?

JA NEIN NICHT BEKANNT

7. Liegt eine Nierenerkrankung vor?

JA NEIN

8. Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?

JA NEIN

falls JA, welche? _____

Herz-Kreislauf-Risiko

9. Hat dir jemals ein Arzt gesagt, du hättest ein erhöhtes Risiko für Herzerkrankungen und dir Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?

JA NEIN

10. Hattest du im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?

JA NEIN

11. Hattest du Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?

JA NEIN

12. Bist du jemals wegen Schwindel gestürzt oder hast du jemals das Bewusstsein verloren?

JA NEIN

13. Hat dir jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems verschrieben?

JA NEIN

Bewegungsapparat

14. Hast du Probleme an Gelenken, Knochen und/oder Muskeln, die sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnten?

JA NEIN

falls JA: Welche?

Rücken Schultern

Knie Andere: _____

falls JA: Kannst du trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?

JA NEIN NICHT BEKANNT

Allgemein

15. Ist dir aufgrund deiner persönlichen Erfahrung oder aufgrund eines ärztlichen Rates ein weiterer Grund bekannt, warum du nicht körperlich aktiv bzw. sportlich aktiv sein solltest?

JA NEIN

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand.

Datum, Unterschrift Kunde

Datum, Unterschrift Trainer
