

Anamnesebogen: Nordic Walking

Allgemeine Angaben zur Person

Vorname/ Nachname _____

Geburtsdatum _____

Straße/ Hausnummer _____

Postleitzahl/ Ort _____

Geschlecht _____

Telefonnummer/ Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf ___ Vollzeit ___ Teilzeit _____

Angaben zur aktuellen Gesundheitssituation

Ist ein Leiden bekannt, aus dessen Grund Sie nicht sportlich/ körperlich aktiv sein sollten?

___ nein ___ aktuell ___ zurückliegend

Falls aktuell oder zurückliegend, welche(s)? _____

Sind Sie derzeit schwanger? ___ ja ___ nein

Haben Sie derzeit oder hatten Sie zurückliegend Beschwerden am Bewegungsapparat?

Sprunggelenk [li / re]	___ keine	___ aktuell	___ zurückliegend
Knie [li / re]	___ keine	___ aktuell	___ zurückliegend
Hüfte [li / re]	___ keine	___ aktuell	___ zurückliegend
Rücken [LWS / BWS / HWS]	___ keine	___ aktuell	___ zurückliegend
Schulter [li / re]	___ keine	___ aktuell	___ zurückliegend
Ellenbogen [li / re]	___ keine	___ aktuell	___ zurückliegend
Handgelenk [li / re]	___ keine	___ aktuell	___ zurückliegend

Haben Sie derzeit oder hatten Sie zurückliegend Beschwerden bei körperlicher Aktivität?

Probleme mit der Atmung in Ruhe	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Probleme mit der Atmung bei Belastung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Schmerzen in der Brust in Ruhe	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Schmerzen in der Brust bei Belastung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Schwindelgefühl in Ruhe	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Schwindelgefühl bei oder nach Belastung	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend

Treiben Sie derzeit Sport? ja nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm: Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität):

Nehmen Sie derzeit Medikamente oder Supplemente ein? ja nein

Falls ja, welche?

gegen Bluthochdruck
 Entwässerungstabletten (Diuretika)
 gegen zu hohen Blutzucker
 Herzfrequenz beeinflussende Medikamente (z.B. Betablocker)
 Medikamente, die die Blutgerinnung hemmen
 Mineralien/ Vitamine falls ja, welche? _____
 gegen Blutfette/ Cholesterin
 gegen Schilddrüsen-Überfunktion gegen Schilddrüsen-Unterfunktion
 sonstige: _____

Sonstige bekannte Erkrankungen: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Bei angegebenen Beschwerden oder Erkrankungen versichere ich eine Freigabe zum Sporttreiben vom behandelnden Arzt zu haben. Über Änderungen zu obigen Angaben werde ich meinen Trainer umgehend informieren.

Ort, Datum

Unterschrift