

Anamnesebogen: Personal Training

Allgemeine Angaben zur Person

Vorname/ Nachname _____

Geburtsdatum _____

Straße/ Hausnummer _____

Postleitzahl/ Ort _____

Geschlecht _____

Telefonnummer/ Mobil _____

E-Mail-Adresse _____

Beruf ___ Vollzeit ___ Teilzeit _____

Motive & Ziele

___ Gewicht abnehmen ___ Gewicht halten ___ Gewicht zunehmen

___ Muskelaufbau

___ Verbesserung der Kondition

___ Gesundheitsverbesserung

___ Schmerzreduzierung

___ Figurstraffung

___ Problemzonenregulierung

___ sonstiges: _____

Bisherige Versuche das/ die oben genannte(n) Ziel(e) zu erreichen:

Durch Sport? ja nein

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

Durch Ernährung? ja nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie die Versuche, wie z.B. Diäten ect.)

Angaben zur aktuellen Ernährungs-/ Gesundheitssituation

Wie schätzen Sie Ihre Ernährung ein?

sehr gesund gesund nicht sonderlich gesund ungesund

Falls nicht sonderlich gesund oder ungesund, bitte geben Sie den Grund dafür an:

keine Zeit

ich kann nicht gesund kochen

kein gesundes Angebot (z.B. Kantine, Mensa, o.ä.)

gesundes Essen schmeckt mir nicht

sonstige Gründe _____

Wie häufig trinken Sie durchschnittlich Alkohol?

täglich 3x/ Woche 1x/ Woche 2x/ Monat 1x/ Monat selten/ nie

Falls 1x/ Woche oder häufiger: Welche Alkoholsorten trinken Sie?

Bier Wein Spirituosen

Machen Sie derzeit eine Diät? ja nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie diese):

Treiben Sie derzeit Sport? ja nein

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

Sind Sie derzeit schwanger? ja nein

Leiden Sie unter sonstigen Erkrankungen oder haben Sie derzeit Beschwerden?

ja nein falls ja, welche? _____

Haben Sie derzeit oder hatten Sie zurückliegend Beschwerden am Bewegungsapparat?

Sprunggelenk [li / re]	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Knie [li / re]	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Hüfte [li / re]	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Rücken [LWS / BWS / HWS]	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Schulter [li / re]	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Ellenbogen [li / re]	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend
Handgelenk [li / re]	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> aktuell	<input type="checkbox"/> zurückliegend

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: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich gesund und trainingstauglich bin. Bei Beschwerden (z.B. plötzliche Befindlichkeitsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Schmerz, Verletzungen, Herzrasen o.ä.) werde ich meinen Trainer umgehend darüber in Kenntnis setzen und einen Arzt konsultieren. Über Änderungen zu obigen Angaben werde ich ebenfalls informieren.

Ort, Datum

Unterschrift