

Anamnesebogen

Persönliche Angaben

Name	.....	Kundennummer	.....
Vorname	.....	Geburtsdatum	.....
Straße	.....	Größe	.....
PLZ Ort	.....	Gewicht	.....
Telefon	.....	E-Mail	.....

Gesundheitszustand

Haben Sie Beschwerden, Erkrankungen, akute Verletzungen, steht eine Operation bevor, o.ä.?

Ja Nein

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf/-Probleme | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Verspannungen |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme |
| <input type="checkbox"/> Lungenerkrankung | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Sonstige |

Nähere Erläuterungen: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn Ja, welche? _____

Gibt es ärztliche Bedenken gegen sportliches Training unter fachlicher Aufsicht & Betreuung?

Ja Nein

Anamnesebogen

Name des behandelnden Arztes: _____

Sportliche Zielsetzung

Mein besonderes Interesse:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fitnessstraining/Kraftzuwachs | <input type="checkbox"/> Stressbewältigung/Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauftraining/Ausdauer | <input type="checkbox"/> Sportartspezifisches Training |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsreduzierung | <input type="checkbox"/> Prävention |
| <input type="checkbox"/> Rehabilitation/Schmerzreduzierung | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Treiben Sie regelmäßig Sport?

- Ja Nein

wenn ja, welche Sportart? _____

Haben sie Erfahrung mit dem angestrebten Training?

- Ja Nein

Wie oft beabsichtigen Sie zu trainieren?

- 1x 2x 3x 4x oder mehr

Wie viel Zeit haben Sie pro Trainingseinheit? Ca. Minuten

Wie schätzen Sie Ihre persönliche Fitness ein?

- sehr gut gut mittelmäßig weniger gut

Rauchen Sie?

- Ja Nein

Wenn Ja, wie viel Täglich? _____

Anamnesebogen

Wie aktiv sind Sie während ihrer beruflichen Tätigkeit?

- sitzend stehend starke körperliche Belastung

Wie aktiv sind Sie in Ihrer Freizeit?

- liegend sitzend stehend in Bewegung dauerhaft unterwegs

Hiermit bestätige ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben und verpflichte mich bei Änderung meines Gesundheitszustandes meinen Trainer umgehend davon in Kenntnis zu setzen.

Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)