

Anamnese

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Körpergröße:	Körpergewicht:	Ruhepuls:
Blutdruck:	Raucher:	Beruf:

BMI=	WHR=
------	------

Wie oft treiben Sie Sport in der Woche? (eine Trainingseinheit 60 min)

nie 1x 2x 3x 4x 5x 6x 7x mehr

Welche Sportarten üben sie im Moment aus?

Welche Sportarten haben sie schon betrieben? Wie lange? Wie häufig?

Haben sie Erfahrung im Kraftsport?

ja nein

Wie aktiv ist ihr Alltag? (Hundespaziergang, aktive Arbeit, Fahrrad zur Arbeit, Nutzung von ÖPNV)

aktiv ----- inaktiv

Wie beurteilen sie Ihre momentane Fitness?

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft nicht vorhanden

Wie oft trinken Sie Alkohol?

nie selten 1-2 im Monat 1-2 in der Woche täglich

Rauchen Sie?

nie selten 1-2 im Monat 1-2 in der Woche täglich / mehrmals

Leiden Sie unter Stress?

Nein ----- Ja

Wie beurteilen Sie Ihre Ernährung? (1 gesund → 6 sehr ungesund)

1 2 3 4 5 6

Ernähren sie auf eine bestimmten Weise oder nach einer Diät?

nein ja, welche _____

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herz – Kreislauf – Erkrankung | <input type="radio"/> Herzinfarkt / Angina Pectoris |
| <input type="radio"/> Bewegungsapparat | <input type="radio"/> Prothesen / Endoprothesen |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Asthma |
| <input type="radio"/> Osteoporose | <input type="radio"/> Tumorerkrankungen |
| <input type="radio"/> Migräneanfälle | <input type="radio"/> Allergien: |
| <input type="radio"/> Schilddrüse | <input type="radio"/> Arthrose |
| <input type="radio"/> sonstiges: | |

Leiden sie akut an einer fiebrigen Erkältung/ akuten Entzündung oder liegt eine akute Operation vor?

ja nein

Was sind Ihre Ziele verfolgen Sie?

Gewichtsreduktion Wie viele kg wollen Sie abnehmen: _____

Fitnessstraining Ziel: _____

gezieltes Training für: _____

sonstiges: _____

Für Frauen:

Sind sie Schwanger? Liegt eine Entbindung in den letzten sechs Monaten vor?
