

ANAMNESEBOGEN



Vorname: _____

Name: _____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geschlecht: weiblich männlich

Ihre berufliche Tätigkeit ist:

sitzend stehend intensive Bewegung mäßige Bewegung

Haben Sie in den letzten zwei Jahren sportliche Aktivitäten ausgeübt? Ja Nein

Wenn ja, welche Aktivitäten: _____

Haben Sie eine Sportart leistungsbezogen durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, welche Sportart: _____

Welche Ziele wollen Sie erreichen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Leistungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Verbesserung des Wohlbefindens |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gesundheit | <input type="checkbox"/> Verbesserung des Aussehens |
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Schmerzen | <input type="checkbox"/> Aufbau von Muskulatur |
| <input type="checkbox"/> Abbau von Körperfett | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

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

Durch Ernährung? Ja Nein (falls ja, bitte beschreiben Sie die Versuche, wie z. B. Diäten)

Durch Sport? Ja Nein (falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm: Art, Dauer etc.):

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 _____

Wo nehmen Sie ihre Mahlzeiten ein?

zu Hause unterwegs Kantine/Mensa Restaurants Imbiss

Machen Sie derzeit eine Diät? Ja Nein (falls ja, bitte beschreiben Sie diese):

Sind Sie derzeit schwanger? Ja Nein

Wie häufig trinken Sie durchschnittlich Alkohol?

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

Wie viel Zeit wollen / können Sie für Ihr Training wöchentlich aufbringen? Stunden: _____

Welche Ziele wollen Sie erreichen?

Verbesserung der Leistungsfähigkeit

Verbesserung des Wohlbefindens

Verbesserung der Gesundheit

Verbesserung des Aussehens

Reduzierung von Schmerzen

Aufbau von Muskulatur

Abbau von Körperfett

Sonstiges: _____

Beschwerdeprofil:

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten etwas am Herzen und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen? Ja Nein

Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein

Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren? Ja Nein

Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlichen Belastung verschlechtern könnten? Ja Nein

Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben? Ja Nein

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung (z.B. Allergien, Migräne)? Ja Nein

Wenn ja, welche Erkrankung: _____

Nehmen Sie Medikamente (z.B. Antibiotika, Schmerzmittel, Blutdruckmittel ...)? Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente: _____

Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum sie nicht körperlich/sportlich aktiv sein sollten? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wir bedanken uns für Ihre Mühe!

Sollten Sie eine Frage mit „Ja“ im **Beschwerdeprofil** beantwortet haben, kontaktieren Sie bitte Ihren Hausarzt und lassen ihn entscheiden, ob Sie körperlich/sportlich aktiv sein können. Wir übernehmen keine Verantwortung bezüglich unseres Fragebogens bzw. keinerlei Haftung bei Schäden.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zu meinem körperlichen Gesundheitszustand.

Datum: _____

Unterschrift: _____