

## Anamnese

### Persönliche Daten

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Str./Hausnr. \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Tel. Hausarzt: \_\_\_\_\_

### Körperdaten

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_

Körperfett: \_\_\_\_\_

Viszeral fett: \_\_\_\_\_

Muskelmasse: \_\_\_\_\_

Knochenmasse: \_\_\_\_\_

Körperwasser: \_\_\_\_\_

Soll-Kalorien: \_\_\_\_\_

Blutdruck: \_\_\_\_\_

LDL-Cholesterin: \_\_\_\_\_

HDL-Cholesterin: \_\_\_\_\_

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_

Triglyzeride: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Fragen zur Gesundheit

	Nein	Ja	Welche?
Haben Sie Herz-Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestehen Stoffwechselerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie unter subjektivem Unwohlsein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie unter Schlafstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Übermäßiger Alkoholgenuß?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestehen Schäden des Knochenapparates?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestehen Muskelschäden/ Bänder/ Sehnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knorpelschäden/ Meniskus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Bestehen andere Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche wofür?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Belastungs-/ Allgemeinzustand

Wie schätzen Sie Ihre Verfassung ein?

---

Ihre berufliche Tätigkeit beinhaltet vorwiegend

- intensive Bewegung  sitzende Arbeitsweise  mäßige Bewegung  
 negativen Stress  positiven Stress

Wie gelangen Sie zur Arbeit?

- zu Fuß  Auto  Bus/Bahn  Fahrrad  unterschiedlich

## Fragen zur Ernährung

- Fühlen Sie sich mit Ihrem Gewicht wohl?  Ja  Nein  
Möchten Sie abnehmen?  Ja  Nein  
Möchten Sie zunehmen?  Ja  Nein  
Machen Sie aktuell eine Diät?  Ja  Nein  
Haben Sie schon öfter Diäten probiert?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche und wie waren die Ergebnisse?
- 

Welche Genussmittel nehmen Sie zu sich?

- Kaffee, \_\_\_ Tassen am Tag  
 Schwarzer Tee, \_\_\_ Tassen am Tag  
 Zigaretten, \_\_\_ Zigaretten/Zigarren/Pfeife pro Tag  
 Ich habe geraucht. Ich rauche nicht mehr seit \_\_\_\_\_  
 Ich habe nie geraucht  
 Alkohol, \_\_\_\_\_ Gläser pro Tag/Woche  
 Anderes

- Haben Sie das Gefühl sich ausgewogen zu ernähren?  Ja  Nein  
Gehören Obst und Gemüse zur täglichen Ernährung?  Ja  Nein  
Haben Sie Heißhungerattacken auf Süßes?  Ja  Nein  
Wie viel Liter Flüssigkeiten nehmen Sie täglich zu sich?  1  2  3  4  
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie in der Regel zu sich? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie kurz Ihr Essverhalten.

---

---

---

## Ziele Gesamt

Welches Gesamtziel wollen Sie erreichen?

---

## Ernährungsziele

- Konsequent gesund ernähren
- Möglichst Gesund ernähren
- nur Abnehmen  (wenn ja, wieviel Kilogramm)\_\_\_\_\_
- beides
- Gewichtsaufbau  (wenn ja, wieviel Kilogramm)\_\_\_\_\_

Welchen Zeitrahmen haben Sie sich für das Ziel vorgestellt?

---

## Sportanamnese

In welchen Sportarten haben Sie Erfahrungen und Fertigkeiten gesammelt?

	Freizeit-	Leistungs-	Hobbysport	wann zuletzt	Dauer
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Welche Sportart betreiben Sie am liebsten?

---

Haben Sie Ambitionen für einen Wettkampf? Wenn ja, in welcher Sportart?

---

## Sportliches Ziel ist:

- |                          |                          |                  |                          |
|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Ausdauer                 | <input type="checkbox"/> | Kraftausdauer    | <input type="checkbox"/> |
| Fitness allgemein        | <input type="checkbox"/> | Maximalkraft     | <input type="checkbox"/> |
| Stressabbau              | <input type="checkbox"/> | Koordination     | <input type="checkbox"/> |
| Körperstraffung          | <input type="checkbox"/> | Naturerlebnis    | <input type="checkbox"/> |
| Muskelaufbau/ Definition | <input type="checkbox"/> | Spaß an Bewegung | <input type="checkbox"/> |
| Problemzonen Bewältigung | <input type="checkbox"/> | Sonstiges:       | <input type="checkbox"/> |

Wie oft und wie lange wollen Sie Trainieren?

---

Wo möchten Sie vorwiegend trainieren?

Zuhause  Fitnessstudio  im Büro  in der Natur  abwechselnd

Was erwarten Sie von Ihrem Personaltrainer?

---

---

**Welche zusätzlichen Dienstleistungen wünschen Sie sich?**

- Handtuchservice  
 Getränkeservice  
 täglicher/wöchentlicher Motivationsanruf/SMS/E-Mail  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?**

---

**Wünsche:**

---

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

Mir ist bewusst, dass der Trainer für Schäden keinerlei Haftung übernimmt. Ich nehme das Training/ Beratung in eigener Verantwortung und Risiko auf mich.

---

Datum

---

Unterschrift