



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 Kraftausdauer
- Fitness allgemein Maximalkraft
- Stressabbau Koordination
- Körperstraffung Naturerlebnis
- Muskelaufbau/ Definition Spaß an Bewegung
- Problemzonen Bewältigung Sonstiges:

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