

ANAMNESEBOGEN

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg Raucher: ☐ ja ☐ nein

Berufliche Tätigkeit: ☐ sitzend ☐ stehend ☐ stressig ☐ viel Bewegung ☐ wenig Bewegung

Beschwerdeprofil – Haben sie eine der folgenden Beschwerden?

Herz-/ Kreislauferkrankung (z.b. Bluthochdruck) ☐ ja ☐ nein ☐ sonstige:

Erkrankung der Atemwege (z.b. Asthma, Bronchitis) ☐ ja ☐ nein ☐ sonstige:

Chronische Erkrankungen (z.b. Allergien, Migräne) ☐ ja ☐ nein ☐ sonstige:

Beschwerden am Bewegungsapparat

Wirbelsäule: ☐ HWS ☐ BWS ☐ LWS

Gelenke: ☐ Schultergelenk ☐ Ellenbogengelenk ☐ Handgelenk

☐ Hüftgelenk ☐ Kniegelenk ☐ Fußgelenk

☐ Sonstiges: _____

andere gesundheitliche Einschränkungen: ☐ keine ☐ _____

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ? ☐ keine ☐ _____

Was sind ihre Trainingsmotive:

☐ Gesundheit ☐ allgemeine Fitness ☐ Prävention

☐ Stressabbau ☐ besseres Wohlbefinden ☐ sonstiges: _____

Persönliche Zielsetzung & Schwerpunkte

☐ Gewichtsverlust ☐ Muskelaufbau ☐ Steigerung der allgemeinen Fitness

☐ Gewichtszunahme ☐ Definition der Muskulatur ☐ Steigerung der Kraftausdauer

☐ Steigerung der Maximalkraft ☐ Entspannung und Ausgleich zum Job

Wieviel Zeit steht wöchentlich für Fitness zur Verfügung ?

☐ 1-2 Einheiten pro Woche ☐ 2-3 Einheiten pro Woche ☐ 3-4 Einheiten pro Woche

☐ 4-5 Einheiten pro Woche ☐ 5 oder mehr Einheiten pro Woche

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe. Weiterhin verpflichte ich mich, Veränderungen bezüglich meines Gesundheitszustandes unaufgefordert bekannt zu geben. Der Personaltrainer/ Mitarbeiter des Fitnessstudios verpflichtet sich, über die gemachten Angaben Stillschweigen zu bewahren und sie für Dritte unzulänglich aufzubewahren.

Datum, Unterschrift Sportler

Datum, Unterschrift Personaltrainer/
Studiomitarbeiter