



Anamnesebogen

Persönliche Daten

*Datum

*Vor- und Zuname

*Geschlecht

*Geburtsdatum

*Größe in cm

*Gewicht in kg

BMI

Straße/Hausnummer

*PLZ/Ort

*Handynummer

Email-Adresse

*Kontaktperson bei Notfall (+Tel.)

*bitte angeben



Fitnesslevel

Beruf

- überwiegend sitzend überwiegend stehend viel Bewegung
 wenig Bewegung

sportliche Tätigkeiten

- oft (mehr als 3x die Woche) regelmäßig (ca. 2-3x die Woche)
 1x die Woche seltener als 1 x die Woche
 nie

➔ Wenn ja, dann:

Sportart

Wie oft?

Dauer der Sporteinheit

wird als intensiv nicht intensiv
empfundene

Weitere körperliche Belastungen (z.B. Kleinkind, großer Haushalt, Spaziergang mit dem Hund, etc.)

Eigene Einschätzung

Kraft: 1 2 3 4 5 6 (1= Einsteiger, 6=Leistungssport)

Ausdauer: 1 2 3 4 5 6 (1= Einsteiger, 6=Leistungssport)

Koordination: 1 2 3 4 5 6 (1= Einsteiger, 6=Leistungssport)

Beweglichkeit: 1 2 3 4 5 6 (1= Einsteiger, 6=Leistungssport)

geistige Belastung: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (1= gering, 10=sehr hoch)

Trainingsziele und Zeitbudget

Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens

Trainingstage: _____

Verbesserung der Haltung

Trainingsdauer: _____

Erhalt der Muskulatur

voraussichtlich unregelmäßiges T.

Muskelaufbau

voraussichtlich regelmäßiges T.

Verbesserung der Dehnfähigkeit (Flexibilität)



- Verbesserung der Kraft
- Verbesserung der Koordination
- Verbesserung der Ausdauer
- Körperfettreduktion
- Entspannung und Stressabbau
- starker Muskelaufbau (Bodybuilding)

Wenn Muskelaufbau gewünscht, bevorzugte Region? (Mehrfachantwort möglich)

- Rücken Schulter Brust Arme Bauch Beine

Kraft: Kraftausdauer Schnellkraft Maximalkraft

Gewichtsreduktion (wie viel kg) _____ Gewichtszunahme (wie viel kg) _____

oder Gewicht halten

Bevorzugte Trainingsform: (Mehrfachantwort möglich)

- ohne Trainingspartner mit Trainingspartner
 Gruppe zu Hause
 Outdoor Indoor

Gesundheitszustand und Risikofaktoren

Gesundenuntersuchung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann _____
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wann _____
HerzKreislauf OK	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was _____
Lungenfunktion OK	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was _____
Blutwerte (Fette, Cholesterin) OK	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erkrankungen des Nervensystems	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was _____
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Welche _____
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Medikament _____
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Medikament _____
Beschwerden des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Was _____



Dringende Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Was _____
Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja, wie viel/Tag _____

- erhöhter Blutdruck
- Cholesterin
- Harnsäure
- Nikotin
- Alkoholkonsum (wie oft: _____)
- Krampfadern
- KHK
- Infarkt
- Ballondilatation
- Stent Implantation
- Bypass Operation
- Asthma
- Schilddrüsenunterfunktion
- Emphysem
- Harninkontinenz
- Krampfadern
- KHK
- _____
- _____
- _____

- Schwangerschaft
- kürzliche Entbindung
- Kaiserschnitt
- niedriger Blutdruck
- Periphere DBS
- Zentrale DBS
- Gefäß Operation
- chron. Polyarthrit
- Rheuma
- M. Bechterew
- Fibromyalgie
- Schilddrüsenüberfunktion
- Krebserkrankung
- Gyn./Urol. Erkrankung
- Rheuma
- vegetative Dystonie
- Migräne
- _____
- _____
- _____

Wirbelsäule

- Haltungsschwäche
- Beschwerden HWS
- Beschwerden BWS
- Beschwerden LWS
- Wirbelverschleiß
- Bandscheibenschaden

Gelenke

- Ellenbogen
- Handgelenk
- Schulter
- Knie
- Fußgelenk
- Hüftgelenk

Medikamente

- Blutdrucksenkend
- Beruhigend
- Kreislaufanregend
- Stimmungsaufhellend
- _____
- _____
- _____
- _____

Psychischer Status

- entspannt
- angespannt
- sehr angespannt



- Depressionen
- Platzangst
- Höhenangst
- Angst vor Menschenmengen
- Angst vor Wasser
- _____

Beschreiben Sie einen Ablauf Ihres Tages, wenn Sie in der Arbeit/in der Schule/auf der Uni sind, in Stichworten: (vom Aufstehen bis zum Schlafen gehen)

Beschreiben Sie einen Ablauf Ihres Tages, wenn Sie frei haben, in Stichworten:

Gibt es spezielle Wünsche an das Training bzw. der Trainerin?

- Kopie an Kunde/Kundin

Ort, Datum

Unterschrift Kunde/Kundin



Erklärung zur Informationspflicht

(Datenschutzerklärung)

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist mir ein besonderes Anliegen. Ich verarbeite Ihre Daten daher ausschließlich auf Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen (DSGVO, TKG 2003). In diesen Datenschutzzinformatioren informiere ich Sie über die wichtigsten Aspekte der Datenverarbeitung im Rahmen unseres Trainings.

Kontakt mit mir!wasser

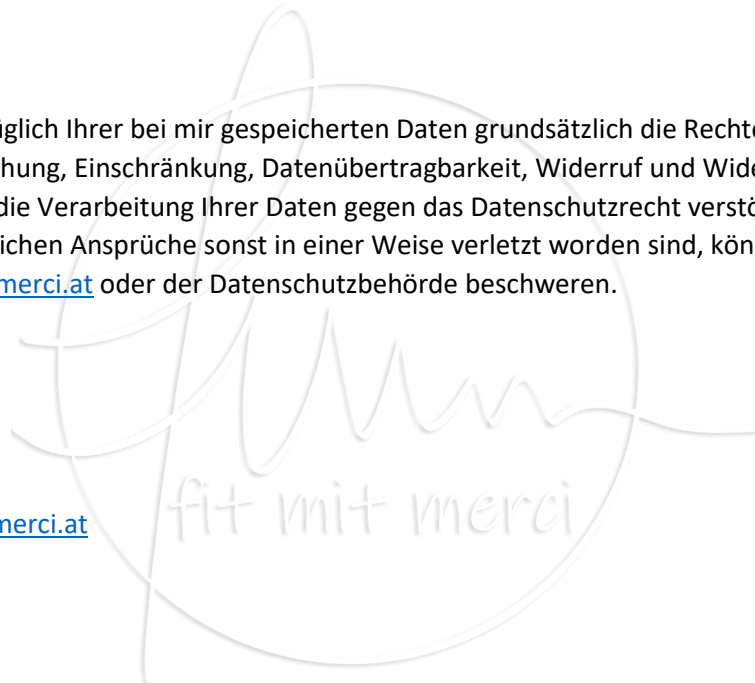
Wenn Sie per E-Mail oder Mobiltelefon Kontakt mit mir aufnehmen, werden Ihre angegebenen Daten zwecks Bearbeitung der Anfrage und für den Fall von Anschlussfragen meinerseits gespeichert. Diese Daten gebe ich nicht ohne Ihre Einwilligung weiter.

Ihre Rechte

Ihnen stehen bezüglich Ihrer bei mir gespeicherten Daten grundsätzlich die Rechte auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung, Datenübertragbarkeit, Widerruf und Widerspruch zu. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt oder Ihre datenschutzrechtlichen Ansprüche sonst in einer Weise verletzt worden sind, können Sie sich bei mir unter info@fitmitmerci.at oder der Datenschutzbehörde beschweren.

Kontakt:

Mail: info@fitmitmerci.at



Ort, Datum

Unterschrift

