

ANAMNESEBOGEN

Allgemeine Angaben zur Person

Nachname, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Telefonnummer _____

E-Mail _____

Beruf _____

Ziele und Wünsche

- Verbesserung der allgemeinen Leistungsfähigkeit
- Verbesserung der Gesundheit / Wohlbefinden
- Verbesserung der Ausdauer
- Verbesserung der Beweglichkeit
- Reduzierung von Schmerzen
- Abbau von Körperfett
- Aufbau von Muskulatur
- Gewichtszunahme
- attraktiveres ästhetisches Erscheinungsbild
- sonstiges: _____

Bisherige Versuche o.g. Ziele zu erreichen

Sport, Ernährung, Diät, Dauer, Häufigkeit, Abbruchgründe...

Wie geht es dir zur Zeit? Aktuelles Wohlbefinden

Wie schätzt du aktuell deine Ernährung ein?

- sehr gesund
- gesund
- nicht sonderlich gesund
- ungesund

Falls „nicht sonderlich gesund“ oder „ungesund“, aus welchen Gründen?

- keine Zeit
- ich kann nicht gesund kochen
- kein Angebot (Kantine...)
- gesundes Essen schmeckt mir nicht
- sonstiges: _____

Wo nimmst du deine Mahlzeiten am häufigsten ein?

- zu Hause
- unterwegs
- Kantine
- Restaurant
- Imbiss/Bäcker

Beschreibe stichpunktartig übliche Mahlzeiten (z. B. „2 Brötchen mit Käse“)

Frühstück _____

Mittag _____

Abend _____

Zwischendurch _____

Wie oft trinkst du durchschnittlich Alkohol?

- täglich
- mehrmals pro Woche
- selten
- nie

Falls mehrmals pro Woche oder häufiger: welche Art von Alkohol?

- Bier
- Wein
- Spirituosen

Machst du derzeit eine Diät?

- Ja
- Nein

Wenn ja beschreibe diese kurz:

Betreibst du derzeit Sport?

- Ja
- Nein

Wenn ja welche Sportart? (Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität...)

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

- Ja
- Nein

Bestehen aktuell Erkrankungen oder Beschwerden / gab es medizinische Eingriffe?

- Ja
- Nein

Wenn ja welche?

Bestehen aktuell Beschwerden am Bewegungsapparat?

(Knieschmerzen, Rückenschmerzen, Nackenschmerzen...)

- Ja
- Nein

Wenn ja welche?

Wie würdest du dein Schlafverhalten beschreiben? / wie viele Stunden?

Wie schätzt du dein aktuelles Stresslevel ein auf einer Skala von 1-10?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Bestehen Nahrungsmittelallergien?

- Ja
- Nein

Wenn ja welche?

Nimmst du derzeit Medikamente oder Supplemente?

- Ja
- Nein

Wenn ja welche?

(z. B. Bluthochdruck, Schilddrüse, Cholesterin, Blutzucker, Vitamine, Mineralstoffe...)

Körperzusammensetzung

Gewicht _____ kg Wunschgewicht _____ kg Differenz _____ kg

Größe _____ cm Hüftumfang _____ cm Taillenumfang _____ cm

BMI _____ Körperfettanteil _____ %

Blutdruck _____

Ruhepuls _____

Hiermit bestätige ich, dass oben genannte Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen. Ich versichere sportgesund zu sein und habe mich bei meinem Arzt meines Gesundheitszustandes versichert. Ich lasse mich regelmäßig auf meine Sporttauglichkeit ärztlich untersuchen.

Bei Beschwerden (z.B. plötzliche Befindlichkeitsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Schmerzen, Verletzungen, Herzrasen...) werde ich meinen Trainer umgehend darüber in Kenntnis setzen und einen Arzt konsultieren. Über jegliche Änderungen zu obigen Angaben werde ich ebenfalls unverzüglich informieren.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____