



Personal- und Athletiktraining Witte

Anamnesebogen:

Nachname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Geschlecht: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Gewicht: _____

Größe: _____

BMI: _____

Fettanteil: _____

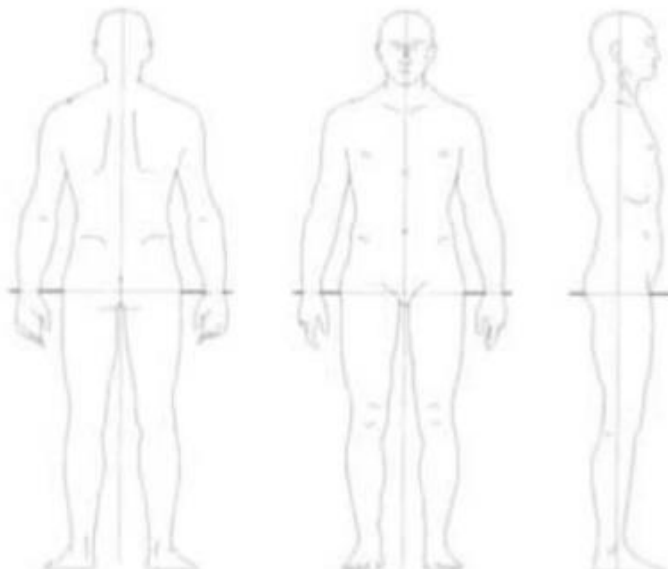
Herzfrequenz: _____

Blutdruck: _____

Selbsteinschätzung Fitnesszustand (1 schlecht bis 10 Leistungssportler): _____

Aktuelle Schmerzen, Beschwerden am Bewegungsapparat: _____

Wo treten Schmerzen auf? Bitte kennzeichnen.



Kreuz – punktförmiger Schmerz
Linie – wandernde Schmerzen
Pfeil – ausstrahlender Schmerz
Schmerzskala für den Hauptschmerz

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

schwach – mittel – stark – sehr stark

Treiben Sie im Moment Sport (wenn ja, welchen und wie häufig): Ja Nein

Vorerkrankungen: (Diabetes, Bluthochdruck, Herzerkrankungen,...) _____

Verletzungen, OP's, Beschwerden am Bewegungsapparat: _____

Medikamente die regelmäßig eingenommen werden: _____

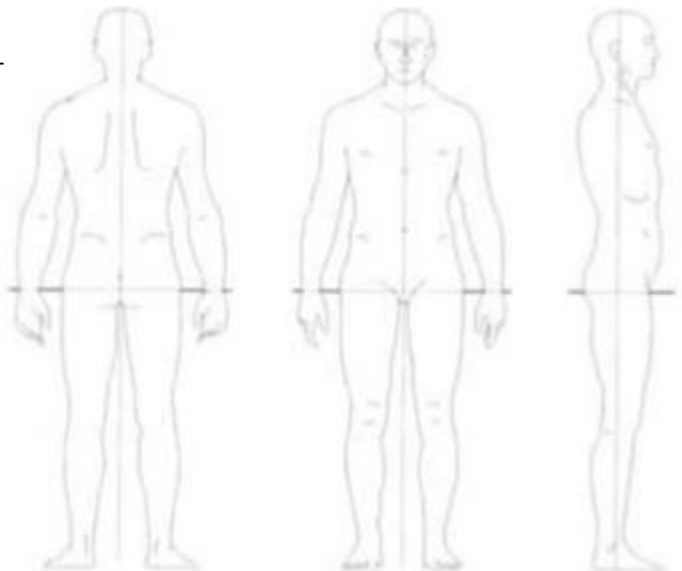
Zigarettenkonsum (Anzahl pro Tag): _____

Alkoholgenuss(Häufigkeit pro Monat):

Ernährungsverhalten (gesund, ungesund, keine Zeit, keine Ahnung vom gesunden Essen, ...):

Schlafverhalten: _____

Haltungsanalyse: _____



Motive& Ziele:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gewicht abnehmen | <input type="checkbox"/> Gewicht halten | <input type="checkbox"/> Gewicht zunehmen |
| <input type="checkbox"/> Muskelaufbau | <input type="checkbox"/> Gesünder werden | <input type="checkbox"/> Schmerzreduktion |
| <input type="checkbox"/> Beweglicher werden | <input type="checkbox"/> Figur straffen/Fett verlieren | |
| <input type="checkbox"/> Schwachstellen erkennen | <input type="checkbox"/> Schwachstellen/Dysbalancen ausgleichen | |
| <input type="checkbox"/> Athletischer werden | <input type="checkbox"/> Sonstiges_____ | |

Bisherige Versuche das oben genannte Ziel zu erreichen:

Durch Sport? Ja Nein (Beschreiben Sie genauer wie sie es probiert haben, Dauer, Intensität, Sportart,... oder warum sie es bisher nicht getan haben)

Durch Ernährung? Ja Nein (Beschreiben Sie genauer wie sie es probiert haben, Diäten, Nahrungsergänzungsmittel,...)

Hiermit erkläre ich, dass ich alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht habe. Meine Beschwerden oder Erkrankungen wurden vom Arzt abgeklärt und berechtigen mich zum Sporttreiben. Sollte sich was ändern, werde ich umgehend Mitteilung darüber machen. Ich wurde sachgemäß aufgeklärt und kenne die Risiken unwahrheitsgemäßer Aussagen.

Ort, Datum

Unterschrift