

Anamnesebogen

Personendaten

Name: Muster

Vorname: Hilda

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: 05.11.1971

Adresse:

Telefonnummer:
geschäftlich:

Mobil:
geschäftlich:

Telefax:

Email:

Hausarzt:

Sonstiges:



Trainingsziele

Primär	Sekundär	
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Gewichtsreduktion (5 Kg)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gewichtsaufbau
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Problemzonentraining / Straffung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausdauer
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Fitness / Fun
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Muskelaufbau
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rehabilitation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rücken und Gesundheitstraining
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Körperwahrnehmung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stressabbau / Entspannung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marathonvorbereitung
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Anti-Age
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beweglichkeitstraining
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges

medo.check Anamnesefragen

Ihre berufliche Tätigkeit ist vorwiegend:

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- intensive berufliche und sportliche Bewegung
- mäßige berufliche und sportliche Bewegung
- sitzende Arbeitsweise und intensiver Sport
- sitzende Arbeitsweise und mäßiger Sport
- sitzende Arbeitsweise und wenig Sport
- körperliche Inaktivität

Ihre durchschnittliche Arbeitszeit beträgt:

9 Stunden

Wie gelangen Sie zur Arbeit?

Auto

Name und Geburtsdatum des Ehepartners:

Hans, 10.03.1969

Namen und Geburtstage der Kinder:

Heidi, 02.04.2000

Was ist Ihre Lieblingsfarbe?

gelb

Freizeitbeschäftigungen / Sport:

(Mehrfachauswahl möglich)

- Joggen
- Nordic Walking
- Radfahren
- Schwimmen
- Tennis
- Skifahren
- Snowboard
- Langlauf
- Inline-Skaten
- Badminton
- Squash
- Fussball
- Handball
- Basketball
- Volleyball
- Segeln
- Windsurfen
- Rudern
- Kanu
- Tauchen
- Ringen
- Leichtathletik
- Tanzsport
- Gymnastik

Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Fitness-Level ein?**Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Gesundheitslevel ein?****Wo liegen Ihre Stärken?**

vielseitig, Organisation

Was sind Ihre Hobbys? Was machen Sie gerne?

lesen, wandern, shoppen, Familie

Sind Sie Raucher/in?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Nie Raucher
 Ex-Raucher, Zigarrenraucher, Pfeifenraucher
 Zigarettenraucher

Was erwarten Sie von mir als Personal Trainer?

Motivation, Weg zum Ziel aufzeigen

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Empfehlung

medo.check Ernährungsfragen

Ernähren Sie sich ausgewogen?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Ja
 Nein

Essen Sie regelmäßig?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Ja
 Nein

Essen Sie gerne? Beschreiben Sie Ihr Essverhalten:

ja, meist eher viel

Wollen Sie abnehmen?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Nein
 5 Kg
 10 Kg
 15 Kg
 20 Kg
 25 Kg
 30 Kg
 mehr als 30 Kg

Wollen Sie zunehmen?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Nein
 5 Kg
 10 Kg
 15 Kg
 20 Kg
 25 Kg
 30 Kg
 mehr als 30 Kg

Was ist Ihr Wunschgewicht?

68 Kg

Machen Sie zurzeit eine Diät?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Ja
 Nein

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Ja
 Nein

Risikoanamnese

Was machen Sie beruflich? Körperliche Tätigkeit? Oder sitzende Tätigkeit?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- körperliche Inaktivität
 sitzende Arbeitsweise und wenig Sport
 sitzenden Arbeitsweise und mäßiger Sport
 sitzende Arbeitsweise und intensiver Sport
 mäßige berufliche und sportliche Bewegung
 intensive berufliche und sportliche Bewegung

Rauchen Sie?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Nie Raucher
 Ex Raucher, Zigarrenraucher, Pfeifenraucher
 Zigarettenraucher, Zigaretten pro Tag:

Gibt es Herzerkrankungen in Ihrer Familie? Eltern oder Geschwister? Wie alt?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- keine atherosklerotische Herzerkrankungen in der Familie
 ein Elternteil > 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
 beide Elternteile > 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
 ein Elternteil < 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
 beide Elternteile < 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
 Eltern und Geschwister < 60 mit atherosklerotischen Herzkrankheiten

Haben Sie Diabeteserkrankungen in der Familie, leiden Sie selbst unter Diabetes?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Keine Diabeteserkrankung, auch nicht in der Familie
 Diabeteserkrankung in der Familie
 Gut eingestellte Diabeteserkrankung
 Schlecht eingestellte Diabeteserkrankung

Blut- Cholesterin (in mg%)

mg%

Sollte der Kunde seinen Cholesterinwert nicht angeben können, weisen Sie bitte daraufhin, dass in diesem Fall ein Mittelwert für die Auswertung verwendet wird und lassen Sie das Feld leer. Für eine genaue Auswertung sollte der persönliche Cholesterinwert aber vorliegen. Diesen kann man bei seinem Hausarzt erfragen bzw. ermitteln lassen.

Nur bei Frauen: Frage zu den Wechseljahren

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Noch keine Wechseljahre
 Noch keine Wechseljahre, Eierstöcke wurden entfernt
 In den Wechseljahren
 Nach den Wechseljahren

Richtigkeit der Angaben

Hiermit erkläre ich, dass alle Fragen in diesem Fragebogen richtig und wahrheitsgemäß beantwortet wurden.

Ort, Datum, Hilda Muster