



ANAMNESEBOGEN

Fitnessstraining

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

Nachname, Vorname

Geburtsdatum, Alter

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Beruf

Vollzeit Teilzeit Schichtdienst

ZIELE UND WÜNSCHE

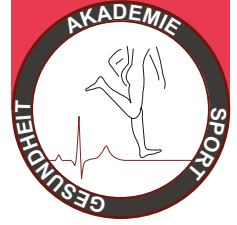
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Leistungsfähigkeit | <input type="checkbox"/> Verbesserung des Wohlbefindens |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gesundheit | <input type="checkbox"/> Verbesserung des Aussehens |
| <input type="checkbox"/> Reduzierung von Schmerzen | <input type="checkbox"/> Aufbau von Muskulatur |
| <input type="checkbox"/> Abbau von Körperfett | <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="text"/> |

BISHERIGE VERSUCHE OBEN GENANNT/S ZIEL/E ZU ERREICHEN

Art, Dauer, Häufigkeit, Abbruchgründe etc.:

AKTUELLE KONSTITUTION

WIE GEHT ES IHNEN ZUR ZEIT?



ANAMNESEBOGEN

Fitnessstraining

TREIBEN SIE DERZEIT SPORT?

Ja Nein

Falls ja, beschreiben Sie bitte das Sportprogramm (Art, Dauer, Häufigkeit, Intensität):

SIND SIE DERZEIT SCHWANGER?

Ja Nein

BITTE GEBEN SIE IHR GEWICHT UND IHRE GRÖSSE AN:

_____ kg _____ m

LEIDEN SIE DERZEIT UNTER ERKRANKUNGEN ODER BESCHWERDEN?

Ja Nein

SIND SIE DERZEIT IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG?

Ja Nein

Falls ja, weshalb?

NEHMEN SIE DERZEIT MEDIKAMENTE ODER SUPPLEMENTE EIN?

Ja Nein

Falls ja, welche?

gegen Bluthochdruck

gegen Schilddrüsenunterfunktion

Entwässerungstabletten

gegen Schilddrüsenüberfunktion

gegen zu hohen Blutzucker

Vitamine: _____

Cholesterinsenker

Mineralien: _____

Sonstige: _____

WIE VIEL ZEIT HABEN SIE WÖCHENTLICH FÜR IHR TRAINING?

_____ Stunden

SONSTIGES

z.B. „leicht übergewichtig, nur mittwochs und freitags, Interesse an Ernährungsberatung“

