



## **ANAMNESEBOGEN**

### **1. Allgemeine Angaben zur Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Familienstand:

ledig     verh.     gesch.     alleinerziehend     in einer Beziehung

Kinder: Anzahl / Alter: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Vollzeit  / Teilzeit

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### **2. Meine Ziele**

Gewichtsreduktion/Fettverbrennung     Gewicht halten     Gewicht zunehmen

Gesundheitsverbesserung (Stärkung HKS)

Verbesserung Kraft/Ausdauer

Muskelaufbau

Schmerzreduktion

Gewebestraffung

Problemzonenregulierung

Sonstige: \_\_\_\_\_





**Ich treibe derzeit Sport:** JA  Nein

Falls JA, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm: Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität usw.

---

---

---

**Sind Sie derzeit schwanger?** JA  Nein

## 5. Risikofaktoren

### Ihre persönliche Arbeitsbelastung

Wie würden Sie Ihre Tätigkeit beschreiben?

überwiegend stehend	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
überwiegend sitzend	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>
überwiegend in Bewegung	Ja	<input type="radio"/>	Nein	<input type="radio"/>

Subjektive Stressbelastung auf einer Skala von 0 (gar kein Stress) bis 10 (extrem):

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**Wie viel Stunden arbeiten Sie täglich im Durchschnitt?** \_\_\_\_\_

**Macht Ihnen Ihre Arbeit Spaß?** Von 1 gar nicht bis 5 ja, sehr viel:

1    2    3    4    5

### Blutdruck

Wie hoch ist Ihr Blutdruck (subjektive Einschätzung)?

Weiß nicht   
Eher hoch   
Eher niedrig

Exakte Angabe (ev. durch Messung): \_\_\_\_\_

### Genussmittel

Rauchen Sie?

Ja  Wie viele Zigaretten täglich? \_\_\_\_\_  
Nein   
Gelegentlich



**Wie häufig trinken Sie durchschnittlich Alkohol?**

täglich o 3x/Woche o 1x/Woche o 2x/Monat o 1X/Monat o selten/nie o

Falls 1x/Woche oder häufiger, welche Alkoholsorten trinken Sie?

Bier o Wein o Spirituosen o

**Körperzusammensetzung und Energiebilanz**

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg      Differenz: \_\_\_\_\_ kg

Größe: \_\_\_\_\_ cm      Hüftumfang: \_\_\_\_\_ cm      Taillenumfang: \_\_\_\_\_ cm

BMI: \_\_\_\_\_      WHR (Waist-to-Hip-Ratio): \_\_\_\_\_

*Körpergewicht* = \_\_\_\_\_  
*Größe in m x*  
*Größe in m*

< 18,5      *Untergewicht*  
 18,5 – 25      *Normalgewicht*  
 25-30      *Übergewicht*  
 > 30      *Adipositas*

*Taillenumfang in cm* = \_\_\_\_\_  
*Hüftumfang in cm*

*Frauen:* < 0,8      *Normalgewicht*  
 0,8-0,84      *Übergewicht*  
 > 0,85      *Adipositas*

*Männer:* < 0,9      *Normalgewicht*  
 0,9-0,99      *Übergewicht*  
 > 1,0      *Adipositas*

Körperfettanteil (3Falten): \_\_\_\_\_ %

Energiegrundumsatz: \_\_\_\_\_ kcal

geschätzter Leistungsumsatz: \_\_\_\_\_ kcal

Täglicher Energiebedarf: \_\_\_\_\_ kcal

Aus Ernährungstagebuch errechnete, durchschnittliche tägliche Energiezufuhr:

\_\_\_\_\_ kcal

Tägliche Energiebilanz: \_\_\_\_\_ kcal



Sonstige Kommentare:

---

---

---

---

### Ihr Puls

1. **Ruhepuls** (den messen Sie, wenn Sie am Wochenende morgens ohne Wecker aufwachen, an der Halsschlagader 10 sec. die Schläge zählen und diese Zahl mit 6 multiplizieren): \_\_\_\_\_
2. **Alltagspuls** im Beruf/Büro (den messen Sie gegen 10.00 Uhr an einem normalen Arbeitstag mit demselben Messverfahren wie oben beschrieben): \_\_\_\_\_

### Medikamente/Supplemente

Nehmen Sie derzeit Medikamente oder Supplemente ein? Ja  Nein

Falls JA, welche?

- Gegen Bluthochdruck
- Entwässerungstabletten (Diuretika)
- gegen zu hohen Blutzucker
- Herzfrequenz beeinflussende  
Medikamente (z. B. Betablocker)
- Medikamente, die die Blutgerinnung  
hemmen
- Schilddrüsenfehlfunktion
- falls JA:  
Unterfunktion  Überfunktion
- Mineralien
- gegen Blutfette/Cholesterin
- Vitamine

Sonstige: \_\_\_\_\_



**Schmerzen/Beschwerden**

Haben Sie derzeit oder hatten Sie zurückliegend Beschwerden am Bewegungsapparat?

Sprunggelenk (li/re)	aktuell	<input type="checkbox"/>	zurückliegend	<input type="checkbox"/>	Info _____
Knie (li/re)	aktuell	<input type="checkbox"/>	zurückliegend	<input type="checkbox"/>	Info _____
Hüfte (li/re)	aktuell	<input type="checkbox"/>	zurückliegend	<input type="checkbox"/>	Info _____
Rücken (LWS/BWS/HWS)	aktuell	<input type="checkbox"/>	zurückliegend	<input type="checkbox"/>	Info _____
Schulter (li/re)	aktuell	<input type="checkbox"/>	zurückliegend	<input type="checkbox"/>	Info _____
Ellenbogen (li/re)	aktuell	<input type="checkbox"/>	zurückliegend	<input type="checkbox"/>	Info _____
Handgelenk (li/re)	aktuell	<input type="checkbox"/>	zurückliegend	<input type="checkbox"/>	Info _____
Sonstige: _____	aktuell	<input type="checkbox"/>	zurückliegend	<input type="checkbox"/>	

Sind/waren Sie wegen dieser Beschwerden in ärztlicher/physiotherapeutischer Behandlung?

JA  Nein

Falls Ja, seit wann bei welchem Facharzt?

**Erkrankungen**

Leiden Sie derzeit unter einer Erkrankung im internistischen Bereich? JA  Nein

Falls JA, bitte beschreiben Sie die Erkrankung: Art, seit wann, ärztliche Behandlung, Facharzt:

**Hiermit erkläre ich, dass ich gesund und trainingstauglich bin. Bei Beschwerden (z. B. plötzliche Befindlichkeitsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Schmerz, Verletzungen, Herzrasen o. ä.) werde ich meinen Trainer umgehend darüber in Kenntnis setzen und einen Arzt konsultieren.**

**Hiermit bestätige ich, dass ich die AGB sowie den Haftungsausschluss zur Kenntnis genommen habe und akzeptiere.**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Klienten