

# Anamnesebogen

## Persönliche Angaben:

Name: \_\_\_\_\_

Plz: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.-datum : \_\_\_\_\_

Tel.,E-Mail: \_\_\_\_\_

## Fragen zur Person:

Körpergröße \_\_\_\_\_ Körpergewicht \_\_\_\_\_

Körperfett % \_\_\_\_\_ RR/Ruhepuls \_\_\_\_\_

**Bisherige sportliche Betätigung:**       gar nicht    1 - 2 mal    > 2 mal

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

## Wie beurteilst Du Deine momentane Fitness?

sehr gut    gut    befriedigend    ausreichend    mangelhaft

Leistungsniveau:  Orientierungsstufe    Präventionsstufe    Leistungsstufe

## Warum beginnst Du jetzt mit dem Fitness Training?

---

---

---

**Welche Ziele verfolgst Du mit dem Studiobesuch?**

- Schmerzreduktion / Schmerzfreiheit
- Kräftigung / Muskelaufbau
- Gewichtsreduktion
- Straffung
- Allgemeine Fitness
- Verbesserung der Ausdauer
- Training Herz-/Kreislauf
- Präventives Training
- Spaß an der Bewegung / Stressabbau
- Leistungssteigerung

**Trainingsschwerpunkte:** \_\_\_\_\_Wie lange und wie häufig möchtest Du pro Woche trainieren, um Deine Ziele zu erreichen?  
\_\_\_\_\_**Gesundheitszustand:**Bist Du momentan in ärztlicher Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, warum \_\_\_\_\_

**Herz-/Kreislauf und Innere**Fühlst Du Dich gestresst?  ja  nein

Welche Art von Stress? \_\_\_\_\_

Hast Du Herz-/Kreislaufprobleme?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Hast Du Stoffwechselerkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Nimmst Du Medikamente ein, hast Du Allergien?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

### Aktiver und passiver Bewegungsapparat

Hattest Du Verletzungen, KH-Aufenthalte?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Operationen?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Bestehen Probleme in folgenden Gelenken/in der Wirbelsäule?

OK: Schulter, Ellenbogen, Hand, Finger?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Rumpf: HWS, BWS, LWS?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

UK: ISG, Hüftgelenk, Kniegelenk, Sprunggelenk?  ja  nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Bestehen Rheuma, Arthrose, Osteoporose  ja  nein

Wenn ja, was \_\_\_\_\_

### Lifestyle

Raucher  ja  nein

Alkohol  ja  nein

Besonderheiten zu Ernährung, Biorhythmus, Schlaf, Hobbies, Stress?

---



---



---

### Ernährungsgewohnheiten

Ich nehme  1  2  3  4  5

Mahlzeiten täglich zu mir.

Welche Ernährungsgewohnheiten hast Du?

Ich esse  normal  vollwertig  vegetarisch/vegan  Diät

Sonstiges \_\_\_\_\_

Ich trinke tgl.  bis 1 L  1 - 2 L  mehr als 2 L Wasser am Tag.

### Meine Trainingsempfehlung für Dich:

Trainingshäufigkeit / Trainingsumfang: \_\_\_\_\_

Ausdauertraining (Methode/Intensität/Umfang): \_\_\_\_\_

Kraft (Methode/Intensität/Umfang): \_\_\_\_\_

Beweglichkeit (Methode/Intensität/Umfang): \_\_\_\_\_

Meine Übungsempfehlung für das heutige Probetraining:

---



---



---

## Kontraindikationen

Erklärung zur Durchführung von Vibrationstraining und Training mittels elektrischer Muskelstimulation. Sollte eine der unten genannten Kontraindikationen zutreffen, empfehle ich die Rücksprache mit einem Arzt, bevor Du mit der Anwendung der Power Plate beginnst. Sollten während der Nutzung gesundheitliche Beschwerden auftreten, ist die Anwendung sofort einzustellen und medizinischer Rat einzuholen.

<b>Du leidest unter:</b>	<b>nein</b>	<b>Du trägst</b>	<b>nein</b>
Akuten Erkrankungen/Entzündungen	<input type="radio"/>	Einen Herzschrittmacher	<input type="radio"/>
Akuten Thrombosen	<input type="radio"/>	Kürzl. angebrachte Metallstifte	<input type="radio"/>
Akutem Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/>	Kürzl. angebrachte Bolzen	<input type="radio"/>
Akuter Migräne	<input type="radio"/>	Kürzl. angebrachte Platten	<input type="radio"/>
Frischen Frakturen (Knochenbrüchen)	<input type="radio"/>	Knie-/Hüftimplantate	<input type="radio"/>
Höhergradiger Osteoporose	<input type="radio"/>	Frische Spirale	<input type="radio"/>
Akuter Tendinopathie	<input type="radio"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>
Tumoren, Diabetes, Epilepsie	<input type="radio"/>		
Einem frischen Herzinfarkt	<input type="radio"/>		
Gallen-/Nierensteinen	<input type="radio"/>		

**Mit Deiner Unterschrift bestätigst Du, dass Du die Erklärung gelesen und verstanden hast, dass keine der genannten Erkrankungen vorliegen, bzw. ein ärztlicher Rat zur Nutzung eingeholt wurde. Du möchtest das Training auf eigene Verantwortung durchführen, ggf. auch ohne Beaufsichtigung durch einen Trainer.**

---

**Ort, Datum**
**Unterschrift Kunde**
**Unterschrift Trainer**