

Anamnesebogen

PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
PLZ, Stadt	<input type="text"/>
Telefon und / oder Handy	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Rechnungsanschrift	<input type="text"/>
Familienstand	<input type="text"/>
Empfehlung über	<input type="text"/>
Notfall Kontakt Person	<input type="text"/>
Körpergröße in cm	<input type="text"/>

1. ALLGEMEINES

1. Was erwartest du vom Training/Coaching?

2. Welche sportlichen Aktivitäten mit welcher Regelmäßigkeit hast du in den letzten 3 Jahren durchgeführt?

- a. _____ Stunden / Woche
- b. _____ Stunden / Woche
- c. _____ Stunden / Woche
- d. _____ Stunden / Woche

3. Welche Ziele und welche Motivation stehen für dich im Vordergrund, wenn du Sport treibst?

- | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesundheit | <input type="checkbox"/> Spaß an der Bewegung |
| <input type="checkbox"/> Allgemeine Fitness | <input type="checkbox"/> Gruppenerlebnis |
| <input type="checkbox"/> Prävention | <input type="checkbox"/> Naturerlebnis |
| <input type="checkbox"/> Stressabbau | <input type="checkbox"/> Besseres Wohlbefinden |
| <input type="checkbox"/> Leistung | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

4. Wie aktiv bist du im Alltag und in deinem Beruf? Bitte schätze deine tägliche Bewegung, z.B. in Form von Schritten, ein.

5. Wie verbringst du deine Freizeit? Bitte beschreibe typische Aktivitäten, insbesondere in Bezug auf Bewegung, Entspannung und Hobbys.

6. Hast du bereits Methoden zu Atemübungen, Achtsamkeitstraining, Meditation und/oder Yoga probiert?

Nein

Ja, welche: _____

7. Hast du im Laufe des Tages die Möglichkeit, dir eine Auszeit zu nehmen, um gezielte Übungen oder Entspannungseinheiten durchzuführen? Falls ja, wie viele Minuten pro Wochentag stehen dir dafür zur Verfügung?

(Diese Information hilft mir, die Intensität und den Umfang möglicher Übungsaufgaben individuell auf dich abzustimmen.)

2. INTERNISTISCHE ANAMNESE

1. Bist du zurzeit in ärztlicher Behandlung?

- Nein Ja und zwar (Grund): _____

2. Bitte kreuze an, welche der aufgeführten Fragen bei dir zutreffen.

- Engegefühl in der Brust (Angina Pectoris) Migräne
- Zuckerkrankheit (Diabetes melitus) Schilddrüsenerkrankung
- Zu viel Fett im Blut (Hypercholesterinämie) Lungenerkrankung
- Zurzeit Einnahme von Antibiotika
- Asthma, wenn ja welches: _____
- Allergien, wenn ja welche: _____
- Akute und chronische Entzündungen, wenn ja wo: _____
- Zurzeit Einnahme von Medikamenten, wenn ja welche: _____
- Sonstiges: _____

2. INTERNISTISCHE ANAMNESE (FRAUENSPEZIFISCH)

1. Welche Inhalte interessieren dich am meisten?

- Momentane Schwangerschaft Hormone Pille
- zyklusbasiertes Training

2. Hast du Kinder auf die Welt gebracht?

- Nein Ja, und zwar (wie viele?): _____ Kaiserschnitt natürliche Geburt

3. Gab es nach der Geburt Beschwerden, wie:

- Organsenkung Depression Hauterschlaffung
- Inkontinenz Hämorrhoiden Rectusdiastase
- Bei Kaiserschnitt: Taubheitsgefühl um das Narbengebiet

3. ANAMNESE DES BEWEGUNGSAPPARATES

1. Hast du gerade Schmerzen?

- Nein Ja, und zwar (wo?): _____

2. Hast du oder hattest du irgendwelche Verletzungen?

Art der Verletzung: _____

Datum: _____

Behandlung: _____

Aktueller Status: _____

Art der Verletzung: _____

Datum: _____

Behandlung: _____

Aktueller Status: _____

4. Ernährung und Schlaf

1. Wie viel Liter Wasser trinkst du am Tag?

2. Hast du dich bereits mit der Verteilung von Fetten, Eiweißen und Kohlenhydraten in deiner Ernährung beschäftigt? Wenn ja, wie gestaltest du diese Balance?

3. Wie viel Alkohol trinkst du in der Woche?

4. Rauchst du? Wenn ja wie viel am Tag?

5. Konsumierst du industriell verarbeitete Lebensmittel (z.B. McDonalds oder Fertigpizza)? Wenn ja, wie oft?

6. Nimmst du Nahrungsergänzungsmittel? Welche und wie oft?

7. Wie viel schläfst du? Wie fühlst du dich direkt nach dem Aufstehen?