



Anamnese Bogen

Knockdown Personal Training

Persönliche Daten

Name: Vorname:

Geb.Datum: Beruf:

Straße: Hausnr:

Wohnort:

Telefon: E-Mail:

Hausarzt: Tel.

Hobbys:

.....

Körperdaten

Größe: Gewicht: BMI: WHR:

Körperfett: Knochenmasse: Muskelmasse:

Körperwasseranteil: Soll-Kalorien:

Blutdruck: Puls: Sonstige:

Belastungs-/Allgemeinzustand

Einschätzung der körperlichen Verfassung

.....

Subjektiver Stresspegel (Alltag/Beruf)

1 gering; 10 maximal

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Berufliche Belastung (orientiert am PAL-Wert)

- PAL-Wert 0,95 für die Nachtruhe
- PAL-Wert 1,2 für eine überwiegend sitzende oder liegende Lebensweise, keine Freizeitaktivitäten, z.B. alte, gebrechliche oder bettlägerige Menschen, Rollstuhlfahrer
- PAL-Wert 1,3 bis 1,5 für eine überwiegend sitzende Tätigkeit mit wenig oder keinen Freizeitaktivitäten, z.B. Büroangestellte, Bildschirmarbeit, Feinmechaniker, Lehrer
- PAL-Wert 1,6 bis 1,7 für eine sitzende berufliche Tätigkeit mit einigen stehenden und gehenden Tätigkeiten, z.B. Studenten, Laboranten, Fließbandarbeiter, Kraftfahrer
- PAL-Wert 1,8 bis 1,9 für hauptsächlich stehende und gehende Tätigkeiten, z.B. Einzelhandel, Verkäufer, Handwerker, Mechaniker, Kellner, Hausfrauen
- PAL-Wert 2,0 bis 2,4 für harte und anstrengende, körperliche Berufstätigkeit, z.B. Leistungssportler, Bauarbeiter, Waldarbeiter, Landwirte, Bergarbeiter



Der Arbeitsweg (Auto, Fahrrad, ...)

.....

Gesundheit

Nein Ja Welche

Herz-Kreislauf Beschwerden

Triglyceridspiegel: **weiß ich nicht** unter 150mg/dl 150-200mg/dl über 200mg/dl

Cholesterinspiegel: **weiß ich nicht** unter 200mg/dl 200-240mg/dl über 240mg/dl

Stoffwechselerkrankungen

Neurologische Erkrankungen

Atemwegserkrankungen

Diabetes

Blutzuckerspiegel (nüchtern): **weiß ich nicht** unter 150mg/dl 150-200mg/dl über 200mg/dl

Schlafstörungen

Rauchen

Alkoholkonsum

Allergien

Erkrankung des Verdauungstraktes

Gicht/Rheuma

Schäden am Knochenapparat

Schäden an Muskeln, Sehnen, Bänder

Beschwerden am Bewegungsapparat

Wirbelsäule

Schultergelenk

Ellenbogengelenk

Handgelenk

Hüftgelenk

Kniegelenk

Fußgelenk



Sonstiges

Medikamente

Operationen

Verletzungen

Andere gesundheitliche Beschwerden, die bis jetzt noch nicht erwähnt wurden:

.....
.....
.....

Ernährung

Fühlen Sie sich wohl mit Ihrem Gewicht: Ja Nein

Möchten Sie Abnehmen oder Zunehmen: Ja Nein

Wenn Ja, welches Zielgewicht möchten Sie erreichen:

Welchen Zeitraum haben Sie sich dafür vorgestellt:

Machen Sie aktuell eine Diät: Ja Nein

Wenn Ja, welche:

Haben Sie schon öfter Diäten ausprobiert: Ja Nein

Wenn Ja, welche:

Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie am Tag zu sich: 1l 2l 3l 4l 5l >5l

Haben Sie das Gefühl sich ausgewogen zu ernähren: Ja Nein

Haben Sie Heißhunger auf Süßes: Ja Nein

Gehören Obst und Gemüse zum täglichen Verzehr: Ja Nein

Tägliche Zufuhr von Milchprodukten: Ja Nein

Tägliche Zufuhr von Getreideprodukten: Ja Nein

Essen Sie Fleisch oder Fisch: Ja Nein

Wenn Ja, wie viel und wie oft:

Fisch:

Fleisch:

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich:

.....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel zu sich: Ja Nein

Wenn Ja, welche:



Welche Genussmittel nehmen Sie zu sich:

- Kaffee, Tassen am Tag Ich trinke keinen Kaffee
- Tee, Tassen am Tag Ich trinke keinen Tee
- Alkohol: Gläser am Tag Ich trinke keinen Alkohol
- Rauchen: Zigaretten am Tag Ich rauche nicht
- Andere:

Beschreiben Sie kurz Ihr Essverhalten:

.....
.....

Reagieren Sie allergisch auf bestimmte Inhaltsstoffe: Ja Nein

Wenn Ja, welche:

.....

SPORT

I welchen Sportarten haben Sie Erfahrungen und Fertigkeiten gesammelt?

	Freizeit-	Leistungs-	Hobbysport	wann zuletzt	Dauer
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Sportart betreiben Sie am liebsten?

.....

Haben Sie Ambitionen für einen Wettkampf? Wenn ja, in welcher Sportart?

.....

Was ist Ihre Hauptmotivation Sport zu treiben?

- Allgemeine
- Fitness
- Gesundheit
- Prävention
- Stressabbau
- Leistung
- Spaß an der
- Bewegung
- Spaß mit der Gruppe Besseres
- Wohlempfinden
- andere Gründe



Zielsetzung

Welches Gesamtziel soll erreicht werden

.....

In welchem Zeitrahmen soll das Ziel erreicht werden

.....

Sportliche Ziele

- | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ausdauer | <input type="checkbox"/> Kraftausdauer | <input type="checkbox"/> Fitness allgemein |
| <input type="checkbox"/> Maximalkraft | <input type="checkbox"/> Stressabbau | <input type="checkbox"/> Koordination |
| <input type="checkbox"/> Körperstraffung | <input type="checkbox"/> Naturerlebnis | <input type="checkbox"/> Muskelaufbau |
| <input type="checkbox"/> Spaß an Bewegung | <input type="checkbox"/> Beweglichkeit | <input type="checkbox"/> Problemzonen Bewältigung |

Sonstiges:

Wie oft und wie lange wollen Sie Trainieren?

.....

Wo möchten Sie vorwiegend trainieren?

Zuhause Fitnessstudio im Büro in der Natur abwechselnd

Was erwarten Sie von Ihrem Personaltrainer?

.....
.....

Wünsche

.....
.....
.....

Hiermit bestätige Ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand.

Mir ist bewusst, dass der Trainer für Schäden keinerlei Haftung übernimmt. Ich nehme das Training/ Beratung in eigener Verantwortung und Risiko auf mich.

Die vereinbarten Trainingstermine sind verbindlich. Termine können bis 24 Stunden vorher abgesagt oder verschoben werden. In diesem Fall entstehen keine Gebühren.

Eine Stornierung kürzer als 24 Stunden vor dem Trainingstermin ist nicht möglich. Der Trainingstermin muss mit einem Ausfallhonorar i.H.v. 50,- EUR berechnet werden.

Ort, Datum,

Unterschrift Kunde