

---

Anamnesebogen

---

Persönliche Daten

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

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_ Str./Hausnr. \_\_\_\_\_

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

Körperdaten

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Fragen zur Gesundheit

Nein Ja Welche?

Hast Du Herz-Kreislaufbeschwerden?   \_\_\_\_\_

Bestehen Stoffwechselerkrankungen?   \_\_\_\_\_

Leidest Du unter subjektivem Unwohlsein?   \_\_\_\_\_

Leidest Du unter Schlafstörungen?   \_\_\_\_\_

Übermäßiger Alkoholgenuß?   \_\_\_\_\_

Leidest Du unter Rückenschmerzen?   \_\_\_\_\_

Hast Du Diabetes?   \_\_\_\_\_

Bestehen Schäden des Knochenapparates?   \_\_\_\_\_

Bestehen Muskelschäden/ Bänder/ Sehnen?   \_\_\_\_\_

Knorpelschäden/ Meniskus?   \_\_\_\_\_

Bestehen andere Krankheiten?   \_\_\_\_\_

Nimmst Du Medikamente, wenn ja welche wofür?   \_\_\_\_\_

Dein/e sportliches/n Ziel/e ist/ sind:

- |  |   |
|--|---|
| 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/ Definition <input type="checkbox"/> | Naturerlebnis <input type="checkbox"/>                  |
| Muskelaufbau <input type="checkbox"/>                | Spaß an Bewegung <input type="checkbox"/>               |
| Gewichtsreduktion <input type="checkbox"/>           | Fettabbau <input type="checkbox"/>                      |
| Athletiktraining <input type="checkbox"/>            | Grundübungen korrekt ausführen <input type="checkbox"/> |
| Lauftraining <input type="checkbox"/>                | korrekte Ernährung <input type="checkbox"/>             |
| Problemzonen-Bewältigung <input type="checkbox"/>    | Sonstiges: <input type="checkbox"/>                     |

Bitte ankreuzen!

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Hilfestellung im Rahmen des Konzeptes gespeichert werden. Dein Trainer Eike-Chr. Neumann verpflichtet sich, die Daten nicht an unbeteiligte Dritte weiterzugeben.

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/ die Beratung in eigener Verantwortung und Risiko auf mich.

---

Datum

---

Unterschrift