

# Anamnesebogen

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Herzfrequenz: \_\_\_\_\_

## 1. Herz-Kreislaufprobleme

	Nein	Ja	Welche Art? Wo? Seit?
Bluthochdruck			
Herzrhythmusstörungen			
Herzinfarkt			
Brustenge			
Sonstige			

## 2. Orthopädische Probleme

	Nein	Ja	Welche Art? Wo? Seit?
Arthrosen			
Künstliche Gelenke			
Auskugelungen			
Brüche			
Bandverletzungen			
Menisken			
Sonstige			

## 3. Wirbelsäulenerkrankungen

	Nein	Ja	Welche Art? Wo? Seit?
Bandscheibenvorfall			
Bandscheibenvorwölbung			
Ischiasprobleme			
Morbus Bechterew			
Morbus Scheuermann			
Skoliose			
Osteoporose			
Sonstige			

# Anamnesebogen

## 4. Alltageinschränkungen

Sitzen	Stehend	Bewegung
--------	---------	----------

## 5. Sonstige

	Nein	Ja	Welche Art? Wo? Seit?
Medikamente			
Schwangerschaft			
Behinderung			
Allergien			
Diabetes			
Operationen			
Schmerzen			
Beschwerden			

## 6. Regelmäßige sportliche Aktivitäten

	<input type="checkbox"/> Ja	
Mehrmals wöchentlich	<input type="checkbox"/>	Welche Art: _____
Wöchentlich	<input type="checkbox"/>	Welche Art: _____
Selten	<input type="checkbox"/>	Welche Art: _____
Nie	<input type="checkbox"/>	
Früher	<input type="checkbox"/>	Welche Art: _____

## 7. Training

Wie oft in der Woche trainieren Sie? \_\_\_\_\_

Wie lang ist eine Trainingseinheit im Durchschnitt? \_\_\_\_\_

Was wird trainiert (Kraft, Ausdauer, usw.) und mit welchem Ziel? \_\_\_\_\_

Erfahrungen im Fitnessstudio      Ja       Nein

## 8. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_