



Anamnese

Daten (die Verwendung aller Daten erfolgt unter strikter Beachtung des Datenschutzgesetzes)

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Tel. Nr. _____ Email _____

Beruf _____ Kinder _____

Geb. Datum _____ Krankenkasse _____

Fitnessdaten

Trainingsziele und Wünsche

1 Priorität	
sehr wichtig	
wichtig	
weniger wichtig	

Wo und wie möchte Sie am liebsten trainieren?

- | | |
|------------------------|--------------|
| zu Hause | im Büro |
| unterwegs (Hotel etc.) | auf dem Sofa |
| im Sportstudio | im Freien |

Bisheriges Sporttreiben

Welche Sportarten haben sie in den letzten 3 Jahren betrieben?	Wie oft?	Seit wann?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Treten dabei Schmerzen auf?	Ja	Nein	Welche?

Selbsteinschätzung

Super

Normal

Verbesserbar

Ihr Fitnessstand ist

Ihre Beweglichkeit ist

Ihre Ernährung ist

Ihr Gewicht

(das liegt ihrer Meinung nach an) _____

Ihr Schlafverhalten ist

Ihre Stressbelastung ist

Antropometrische Daten

(die markierten Angaben sind ausschließlich für Personal Training Kunden)

Blutdruck _____

Ruhepuls _____

Größe _____

Gewicht _____

Körperfett _____ BMI _____

Umfang Taille _____

Umfang Hüfte _____ Verhältnis _____

Umfang Oberschenkel _____ Umfang Oberarm _____

Ihr Körpertyp entspricht am ehesten

leptosome - schlanker Körperbau, zierliche Gelenke, wenig Körperfett und Muskelmasse, hohe Stoffwechselrate, Muskelzuwachs eher schwach

athletisch - muskulöser Körperbau, langer Oberkörper, breite Brust, ausgewogene Proportionen, schneller Muskelzuwachs

pyknisch - breite, kräftige Knochenstruktur, schlechte Verwertung von Nahrung, neigt zu mehr Körperfett, langsamer Muskelaufbau

leptosome

zw. leptosome und athletisch

athletisch

zw. athletisch und pyknisch

pyknisch

Risikofaktoren

Ja Nein

Rauchen Sie? _____

Sind Sie schwanger? _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? _____

Beschwerden/ Einschränkungen

Ja Nein

Schmerzen _____

Herz-/ Kreislaufsystemerkrankungen _____

Bluthochdruck _____

Lungen-/ Atemwegserkrankungen _____

Nervensystemserkrankungen _____

Knochen-/ Gelenke-/Muskelprobleme _____

Allergien _____

Zuckerkrankheit _____

Essstörungen/ Abhängigkeiten _____

Psychische Befunde _____

Medikamente _____

**Gibt es aus Ihrer Sicht noch weitere
Einschränkungen für ein Training?** _____

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß und nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Mir ist bewusst, dass ich mein Training auf eigene Verantwortung ausführe, eine Haftung des Trainers ist auszuschließen.

Darüber hinaus bin ich damit einverstanden 50% des Honorars zu zahlen, wenn ich einen Termin weniger als 24 Stunden vor dem Training absage. Umgekehrt, sollte der Trainer 2mal unterhalb von 24 Stunden absagen, erhält der Kunde eine Freistunde.

Ort/Datum

Ihre Unterschrift

Unterschrift des Trainers