

Anamnesebogen

Seite 1/7



Dieses Formular wurde am ____ . ____ . 20 ____ ausgefüllt.

Personendaten

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____ Geschlecht männlich weiblich
Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____
Telefon Festnetz _____ Telefon mobil _____
Email _____@_____ website _____
Beruf _____ Arbeitszeit pro Woche ca. _____ Stunden

Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastung im Beruf/Alltag ein?

- schwer mittel gering

Messwerte

- **Größe** _____ cm
▸ **Gewicht** _____ kg
▸ Infrarot-Körperfettanalyse (FUTREX®)
▸ Fettmasse prozentual _____ % Fettmasse absolut _____ kg
▸ fettfreie Masse _____ kg Körperflüssigkeit _____ Liter
▸ Körperflüssigkeit _____ %
▸ **Blutdruck** _____ / _____ mmHg
▸ **Ruhe-Herzfrequenz** _____ Schläge/min.

Risikofaktoren

- Bestehen bei Ihnen so genannte Risikofaktoren?
Rauchen ja nein
Übergewicht (Infrarot-Messung?) ja nein
Fettstoffwechselstörung ja nein
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) ja nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
 Bier Wein Schnaps _____ Gläser pro Tag oder _____ Gläser pro Woche

Wie beurteilen Sie Ihr derzeitiges Stress-Empfinden?

- überfordert sehr angespannt bzw. stark eingebunden (angenehm) gefordert entspannt

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel? ja nein

wenn ja, welche genau und in welcher Dosierung:

Gesundheitszustand | Krankheiten

- Besteht ein ärztlich diagnostizierter, erhöhter Blutdruck (Hypertonie)? ja nein
wenn ja, seit (Jahr) _____
- Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Gelenken oder Knochen? ja nein
 - Rücken Knie rechts/links Osteoporose
 - Rumpf Kopf Arme rechts/links
 - _____genaue Lokalisation, Art und Häufigkeit: _____
- Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein vergrößertes Herz? ja nein
wenn ja, wann und welcher Art _____
- Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? ja nein
wenn ja, welche und seit wann (Jahr) _____
- Leiden Sie unter Herzschmerzen bzw. Engegefühl im Brustkorb? ja nein
Diagnose: Angina pectoris Sonstiges _____
- Haben Sie folgende Beschwerden? ja nein
 - Schlafstörungen
 - Appetitmangel
 - Obstipation (Verstopfung)
 - Heißhungerattacken
 - Beschwerden beim Wasserlassen (z.B. wegen Prostatabeschwerden)
 - Sonstiges _____
- Leiden Sie unter Atembeschwerden? ja nein
 - Asthma Atemnot
 - Husten Auswurfwenn ja, welche Einflussfaktoren spielen eine Rolle und welcher Stärke sind sie:

- Haben Sie Allergien? ja nein
wenn ja, welche (Ursachen, Auslöser & Häufigkeit):

- Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung? ja nein

- Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren (> 2 kg)? ja nein

Nur für Frauen

- Sind Sie schwanger? Wenn ja, in welcher Woche _____ ja nein
- Planen Sie eine Schwangerschaft? ja nein
- Stillen Sie aktuell ein Baby mit Muttermilch? ja nein

Impfungen

- Besteht bei Ihnen Impfschutz? ja nein
- Tetanus, zuletzt seit (Jahr) _____ Tuberkulose
- Masern Keuchhusten Windpocken
- Hepatitis A B C _____

Frühere Erkrankungen

- Sind Ihnen Ihre Kinderkrankheiten bekannt? ja nein
wenn ja, welche _____

- Hatten Sie Operationen? ja nein
- Mandeln - im Jahr _____
- Blinddarm - im Jahr _____
- Leistenbruch - im Jahr _____
- Andere: _____ im Jahr _____
- Hatten Sie Unfallverletzungen bzw. Knochenbrüche? ja nein
wenn ja, welche _____ im Jahr _____

Erkrankungen in der Familie

Familie bedeutet: Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern

- Ist ein Familienmitglied Zuckerkrank (Diabetes mellitus Typ II)? ja nein
wenn ja, wer _____ im Alter von ____ Jahren
- Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt? ja nein
wenn ja, wer _____ im Alter von ____ Jahren
- Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet? ja nein
wenn ja, bei wem _____ im Alter von ____ Jahren
falls Ursache bekannt, welche _____
- Liegt bei einem nahen Verwandten ein auffällige Herzkrankheit vor? ja nein

wenn ja, welche _____ bei _____

- Ist in der Familie ein Schlaganfall aufgetreten? ja nein
wenn ja, bei wem _____ im Alter von ____ Jahren

Bewegungs- und Sportgewohnheiten

- Wie „bewegt“ ist Ihr Alltag?
- Erledigungen (Kurzstrecken) mache ich zu Fuß oder mit dem Fahrrad
 immer häufig selten nie
- Treppen benutze ich trotz vorhandenem Aufzug
 immer häufig selten nie
- Gartenarbeit erledige ich
 immer häufig selten nie
- Welche sind Ihre bevorzugten Sportarten?

- Besitzen Sie weitere sportliche Vorerfahrungen oder Kenntnisse? ja nein
wenn ja, in welchen Sportarten bzw. Disziplinen:

- Sind Sie innerhalb der letzten 6 Wochen sportlich aktiv gewesen? ja nein
wenn ja, in welchen Bereichen und wie oft pro Woche:
- Ausdauer - Sportart(en): _____
 4 x und mehr 2-3 x 1 x nie/sporadisch
- Kraft - Art; ggf. Wdh./Sätze/Intensität _____
 4 x und mehr 2-3 x 1 x nie/sporadisch
- Beweglichkeit - z.B. Stretching, Mobilisierung
 4 x und mehr 2-3 x 1 x nie/sporadisch
- Schnelligkeit / Koordination - Art _____
 4 x und mehr 2-3 x 1 x nie/sporadisch

Anamnesebogen

Seite 5/7

Sport- bzw. Trainingsgeschichte und Selbsteinschätzung

Sportart	Häufigkeit	von (Jahr)	bis (Jahr)	Trainingseinheiten (pro Woche)	Zeitdauer pro Trainingseinheit (Minuten)
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				

- ▶ Welcher Sportlerkategorie würden Sie sich gegenwärtig zuordnen?
 - Leistungssportler
 - ambitionierter Freizeitsportler
 - Breitensportler
 - Fitnesssportler
 - (Wieder-)Einsteiger

- ▶ Wie würden Sie Ihre gegenwärtige Leistungsfähigkeit einschätzen?
 - ausgezeichnet
 - gut
 - mittelmäßig
 - untrainiert

persönliche Bestleistungen

Sportart/Disziplin	Leistung	Platzierung	Jahr

Befinden beim Sporttreiben

- ▶ Hatten Sie in den letzten zwei Jahren folgende Beschwerden?
 - plötzliche Ohnmachten / Kollaps
 - wenn ja, seit _____
 - ja
 - nein

Anamnesebogen

Seite 6/7



Schwindel	wenn ja, seit _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzschmerzen	wenn ja, seit _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzrasen oder -stolpern	wenn ja, seit _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ungewöhnliche Luftnot	wenn ja, seit _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sporttätigkeit | Datenlage

- In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich?
 Vorbereitung Wettkampf Übergangsperiode
- Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als 2 Wochen? ja nein
wenn ja, wegen _____
- Sind leistungsdagnostische Daten vorhanden? ja nein
wenn ja - letzter Test am _____ bei _____
- Sind Trainingsaufzeichnungen (Protokolle, Tagebuch) vorhanden? ja nein
wenn ja - ab (Monat/Jahr) _____
- Sind Ergebnisse aus Bluttests vorhanden - z.B. ein großes Blutbild? ja nein
wenn ja, vom (Monat/Jahr) _____
- Üben Sie selbst eine der genannten Tätigkeiten aus? ja nein
 Trainer Übungsleiter Sportlehrer
in welcher Sportart/Disziplin: _____

Haftungserklärung

Es wird zur Kenntnis genommen und per Unterschrift bestätigt, dass die Teilnahme an von der personal sports begleiteten oder initiierten Bewegungsaktivitäten stets auf eigenes Risiko hin erfolgt.

Dies betrifft sowohl praktisch angeleitete Übungen bzw. Trainings beim Einzel- oder Gruppentraining, bei Workshops, Touren usw., als auch die gemäß der empfohlenen Bewegungs- bzw. Trainingskonzeption selbständig durchzuführenden Übungen bzw. Trainings – z.B. gemäß 4-Wochen-Plan oder Wochenstruktur.

Personal sports und seine Mitarbeiter haften nicht für etwaige Personen- sowie Sachschäden jeglicher Art, es sei denn bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit.

Die Übungs- und Trainingsempfehlungen berücksichtigen den zuletzt durch den Kunden bzw. die Kundin schriftlich mitgeteilten Gesundheitszustand nach der Selbstauskunft (Anamnesebogen). Es wird von der Richtigkeit aller persönlichen Angaben im Anamnesebogen ausgegangen. Bei Änderungen des hier mitgeteilten Gesundheitszustands, wie etwa bei akuten Infekten, Fieber, neuerlichen Operationen, Schmerzempfindungen sowie anderen Beschwerden oder Einschränkungen, als auch bei zusätzlichen oder in der Dosis geänderten Medikamenteneinnahmen (insbesondere bei Antibiotika, Beta-Blockern, Blutdrucksenkern o.ä.), ist personal sports umgehend und unaufgefordert schriftlich in Kenntnis zu setzen.

Hiermit wird bestätigt, gesundheitlich grundsätzlich in der Lage zu sein, an praktischen Trainingsübungen teilnehmen und diese auch eigenverantwortlich absolvieren zu können.

Es wird sich einverstanden erklärt, dass Bildmaterial, welches im Rahmen der Zusammenarbeit entstehen kann, uneingeschränkt von personal sports verwendet und gegebenenfalls veröffentlicht werden kann.

Ich erkläre mich mit allen oben genannten Aussagen einverstanden bzw. nehme sie zur Kenntnis und akzeptiere diese mit meiner Unterschrift.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Alle persönlichen Daten werden von der personal sports selbstverständlich streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!