

# Anamnesebogen

Daten | Gesundheit | Sportlichkeit | Erklärung



Seite 1/9

**Dieses Formular wurde am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ ausgefüllt.**

Wir freuen uns darauf, mit Ihnen Ihr sportliches Fortkommen in den Vordergrund stellen zu können und so mit Ihnen Ihre sportlichen Fertigkeiten weiter entwickeln zu dürfen: Vielen Dank für Ihr entgegengebrachtes Vertrauen! Im Vorfeld des gemeinsamen Lernens, praktischen Übens und Trainierens möchten wir Sie darum bitten, die folgenden Seiten aufmerksam zu bearbeiten bzw. die für Sie vorgesehenen Formularfelder leserlich und inhaltlich richtig auszufüllen.

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass der Start in eine sportliche, individuelle Begleitung mit uns nur auf Grundlage dieses vorab ausgefüllten und von Ihnen eigenhändig unterschriebenen Anamnesebogens sowie ggf. einer im Vorfeld rechtzeitig vorgenommenen Buchung möglich ist. Wir freuen uns, Sie kennenzulernen!

## [A] Personendaten & Co.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geschlecht  männlich |  weiblich |  divers  
Straße, Nr. \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
Festnetznr. \_\_\_\_\_ Mobilnummer \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

- Durch wen oder was sind Sie auf personal sports aufmerksam gemacht worden?  
- Mehrfachnennung möglich -

<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Ärzte, Therapeuten	<input type="checkbox"/> Verein	<input type="checkbox"/> Arbeit/Firma
<input type="checkbox"/> ps-Magazin	<input type="checkbox"/> Event-Startbeutel	<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> Instagram
<input type="checkbox"/> Internetsuche	<input type="checkbox"/> Printmedien/Flyer	<input type="checkbox"/> Bekleidung	<input type="checkbox"/> Gutschein
<input type="checkbox"/> Praxis im Jahnstadion	<input type="checkbox"/> ps-Werbekost bei anderen Veranstaltungen		
<input type="checkbox"/> Einzelhandel/Gewerbe	<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

- Aus welchen Gründen haben Sie sich für ein Personal Training / Coaching entschieden?  
- Mehrfachnennung möglich -

<input type="checkbox"/> Motivationshilfe	<input type="checkbox"/> Ansprache & Betreuung	<input type="checkbox"/> Strukturierungshilfe (Plan)
<input type="checkbox"/> Orientierungshilfe (Zielfindung)	<input type="checkbox"/> Sicherheit (inhaltlich & praktisch)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____		

- Wie lauten Ihre wichtigsten Anliegen (Wünsche & Ziele)?  
- Bitte verwenden Sie zur Beantwortung das separate Dokument „Trainingsmanagement“. -

## [B] Allgemeinzustand

- Wie beurteilen Sie Ihr derzeitiges Stress-Empfinden?

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

# Anamnesebogen

Daten | Gesundheit | Sportlichkeit | Erklärung



Seite 2/9

- Wie schätzen Sie Ihre körperliche Belastung im Beruf oder Alltag ein?

schwer     mittel     gering

- Welcher Kategorie ordnen Sie sich gegenwärtig am ehesten zu?

Sporteinstieg (NEW)  
 Genuss-/Gelegenheitssport (FUN)  
 Freizeitsport mit etwas Ambition (SPORT)  
 regelmäßiger Wettkampfsport (PERFORMANCE)  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

- Wie schätzen Sie ganz subjektiv Ihre gegenwärtige Leistungsfähigkeit ein?

ausgezeichnet     gut     mittelmäßig     untrainiert

- Bestehen bei Ihnen sog. Risikofaktoren?

- Bluthochdruck (Hypertonie)     ja     nein
- Rauchen     ja     nein
- Übergewicht     ja     nein
- Fettstoffwechselstörung     ja     nein
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)     ja     nein
- Bewegungsmangel     ja     nein

- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Bier    \_\_\_\_\_ Gläser pro Tag oder \_\_\_\_\_ Gläser pro Woche  
 Wein    \_\_\_\_\_ Gläser pro Tag oder \_\_\_\_\_ Gläser pro Woche  
 Schnaps    \_\_\_\_\_ Gläser pro Tag oder \_\_\_\_\_ Gläser pro Woche

## [C] Messwerte | sportliche Daten

- Liegen Ihnen Körpermesswerte vor?

ja     nein

wenn ja, welche Messwerte sind Ihnen bekannt?

- Körpergröße barfuß    \_\_\_\_\_ cm    Messdatum: \_\_\_\_\_  
 Körpergewicht    ca. \_\_\_\_\_ kg    Messdatum: \_\_\_\_\_  
 Blutdruck    \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg    Messdatum: \_\_\_\_\_  
 Ruhepuls    \_\_\_\_\_ Herzschläge/min. (bpm)    Messdatum: \_\_\_\_\_  
 Maximalpuls    \_\_\_\_\_ Herzschläge/min. (bpm)    Messdatum: \_\_\_\_\_  
 aerob-anaerober Übergang    \_\_\_\_\_ Herzschläge/min. (bpm)    Messdatum: \_\_\_\_\_  
 FTP-Wert [CP60 ]    \_\_\_\_\_ Watt im Schwellenbereich    Messdatum: \_\_\_\_\_  
 Infrarot-Körperfettanalyse (z.B. FUTREX®)  
    • Fettmasse relativ    \_\_\_\_\_ %    Messdatum: \_\_\_\_\_  
    • Fettmasse absolut    \_\_\_\_\_ kg  
    • fettfreie Masse    \_\_\_\_\_ kg  
    • Körperflüssigkeit absolut    \_\_\_\_\_ Liter  
    • Körperflüssigkeit relativ    \_\_\_\_\_ %  
 Sonstige \_\_\_\_\_

# Anamnesebogen

Daten | Gesundheit | Sportlichkeit | Erklärung



Seite 3/9

## [D] Gesundheitszustand | Krankheiten & Beschwerden

- Haben Sie nachfolgende Beschwerden oder waren bzw. sind Sie deswegen (regelmäßig in den letzten 2 Jahren) in therapeutischer Behandlung?  ja  nein  
wenn ja, weshalb, was genauer und in welchem Zeitraum / seit wann circa

- Bluthochdruck \_\_\_\_\_
- Herz-/Kreislauf-/Gefäß-Probleme \_\_\_\_\_
- Zuckerkrankheit (Diabetes) \_\_\_\_\_
- starke Kopfschmerzen (Migräne) \_\_\_\_\_
- Depression oder „Burnout“ \_\_\_\_\_
- andere psychische Erkrankungen \_\_\_\_\_
- Krebsleiden/Krebstherapie \_\_\_\_\_
- neurologische Beschwerden \_\_\_\_\_
- Krampfanfälle, Epilepsie \_\_\_\_\_
- Polyneuropathie \_\_\_\_\_
- Multiple Sklerose \_\_\_\_\_
- Knochenschwund/Osteoporose: \_\_\_\_\_
- Nieren- oder Leberleiden \_\_\_\_\_
- Rückenschmerzen, „Hexenschuss“ \_\_\_\_\_
- Bandscheibenvorfall o.ä. \_\_\_\_\_
- Gelenkarthrosen, z.B. Knie, Hüfte \_\_\_\_\_
- Durchblutungsstörungen der Beine \_\_\_\_\_
- andere Durchblutungsstörungen \_\_\_\_\_
- starke Krampfadern \_\_\_\_\_
- schmerzhafte Muskelverspannungen \_\_\_\_\_
- Sehnen- oder Bandreizungen  Schulter  Achilles.  Sprunggelenk

- Schlafstörungen \_\_\_\_\_
- Angstzustände, Panikattacken \_\_\_\_\_
- Schwindel, plötzliche Ohnmachten \_\_\_\_\_
- Appetitmangel \_\_\_\_\_
- Heißhungerattacken \_\_\_\_\_
- Beschwerden beim Wasserlassen \_\_\_\_\_
- Obstipation (Verstopfung) \_\_\_\_\_

- Atembeschwerden  Asthma  Atemnot  Husten, Auswurf

- Sonstiges \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine akute Erkrankung (z.B. Infekt)?  ja  nein  
wenn ja, was und wie lange genau?

\_\_\_\_\_

- Hatten Sie in letzter Zeit Operationen oder Unfallverletzungen  ja  nein  
wenn ja, welche

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Anamnesebogen

Daten | Gesundheit | Sportlichkeit | Erklärung



Seite 4/9

- Haben Sie speziell während oder nach sportlicher Aktivität Beschwerden?  ja  nein  
wenn ja, in welchem Bereich, welcher Art und zu welcher Gelegenheit

- Kopf-/Hals-/Nacken \_\_\_\_\_
- Brustwirbelbereich \_\_\_\_\_
- Schulter rechts/links \_\_\_\_\_
- Ellenbogen (re./li.) \_\_\_\_\_
- Handgelenk (re./li.) \_\_\_\_\_
- Handfläche (re./li.) \_\_\_\_\_
- Finger (re./li.) \_\_\_\_\_
- unterer Rücken \_\_\_\_\_
- Hüfte (re./li.) \_\_\_\_\_
- Sitz-/Schambereich \_\_\_\_\_
- Knie re./li./in./außen \_\_\_\_\_
- Sprunggelenk (re./li.) \_\_\_\_\_
- Fuß/Zehen (re./li.) \_\_\_\_\_
- Achillessehne (re./li.) \_\_\_\_\_
- Sonstiges \_\_\_\_\_

- Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein vergrößertes Herz?  ja  nein  
wenn ja, wann und welcher Art

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit oder sind Herzanomalien diagnostiziert?  ja  nein  
wenn ja, welche und seit wann

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Haben Sie in den letzten 4 Wochen mehr als 3kg an Gewicht verloren?  ja  nein  
▸ Sind Sie in den letzten 4 Wochen um mehr als 2kg schwerer geworden?  ja  nein

## [E] Medikamente | Nahrungsergänzung

- Nehmen Sie regelmäßig wichtige Medikamente - z.B. Insulin, Blutdrucksenker,  ja  nein  
β-Blocker, Psychopharmaka, Asthmaspray, Antiallergika, Schmerzmittel, Hormone?  
wenn ja, welche

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel?  ja  nein  
wenn ja, welche

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# Anamnesebogen

Daten | Gesundheit | Sportlichkeit | Erklärung



Seite 5/9

## [F] Nur für Frauen

- Nehmen Sie regelmäßig Hormonpräparate ein?  ja  nein
- Befinden Sie sich derzeit in einer Schwangerschaft?  
wenn ja, in welcher Woche \_\_\_\_\_  ja  nein
- Planen Sie derzeit eine Schwangerschaft?  ja  nein
- Stillen Sie aktuell ein Baby mit Muttermilch?  
wenn ja, Alter des Säuglings \_\_\_\_\_  ja  nein

## [G] Impfungen

- Welcher Impfschutz besteht bei Ihnen?
  - Tetanus, zuletzt am (MM/JJJJ) \_\_\_\_\_
  - Tuberkulose  Masern  Corona-(Voll-)Impfung, zuletzt am (MM/JJJJ) \_\_\_\_\_
  - Hepatitis A  Hepatitis B  Hepatitis C  Windpocken
  - \_\_\_\_\_
  - keinerlei Impfungen/Impfschutz vorhanden
  - Impfstatus unbekannt

## [H] Familienanamnese -> Familie: leibliche Eltern, Großeltern und Geschwister

- Leidet ein Familienmitglied an Bluthochdruck?  
wenn ja, wer \_\_\_\_\_ seit circa \_\_\_\_ Jahren  ja  nein
- Ist ein Familienmitglied übermäßig fettleibig bzw. hat Adipositas?  
wenn ja, wer \_\_\_\_\_  ja  nein
- Ist ein Familienmitglied an Diabetes mellitus Typ II erkrankt?  
wenn ja, wer \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_ Jahren  ja  nein
- Liegt in der nahen Verwandtschaft eine auffällige Herzkrankheit vor?  
wenn ja, welche \_\_\_\_\_ bei wem \_\_\_\_\_  ja  nein
- Starb ein Familienmitglied unter 55 Jahren an Herzinfarkt oder plötzlichem Herztod?  
wenn ja, wer \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_ Jahren  ja  nein
- Hat ein Familienmitglied einen Schlaganfall erlitten?  
wenn ja, wer \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_ Jahren  ja  nein

# Anamnesebogen

Daten | Gesundheit | Sportlichkeit | Erklärung



Seite 6/9

## [I] 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

▸ Verwenden Sie einen Fitness-Tracker, eine Fitness-Uhr, Fitness-App o.ä.?  ja     nein  
wenn ja, wie viele Schritte erfassen Sie im Mittel pro Tag

0 - 2000                       2001 - 6000                       6001 - 11000                       mehr als 11000

▸ Welche sind Ihre bevorzugten Sportarten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

▸ Betreiben Sie eine läuferische Sport-/Bewegungsart?  ja     nein

wenn ja, seit wann (MM/JJJJ) \_\_\_\_\_

wenn ja, wie nennen Sie diese \_\_\_\_\_

▸ Wurde bei Ihnen eine Analyse Ihres Laufstils oder Gangbilds durchgeführt?  ja     nein

wenn ja, wann (MM/JJJJ) \_\_\_\_\_

Laufband     Feldtest (outdoor)

Weshalb/Grund \_\_\_\_\_

Ergebnis/Erkenntnis \_\_\_\_\_

durch wen, wo     anderen Analyse-Anbieter     Laufgeschäft     Selbsthilfe/Bekannte  
 Laufkurs/-workshop     Sonstiges \_\_\_\_\_

▸ Welche Art von Laufschuhen besitzen bzw. benutzen Sie ?  
- Mehrfachnennung möglich -

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asphalt-Trainingsschuhe | <input type="checkbox"/> Asphalt-Wettkampfschuhe | <input type="checkbox"/> Trail-/Geländeschuhe  |
| <input type="checkbox"/> Minimal-/Barfußschuhe   | <input type="checkbox"/> Bahnschuhe (Spikes)     | <input type="checkbox"/> Walking-/Wanderschuhe |
| <input type="checkbox"/> Carbon-/Spezialschuhe   | <input type="checkbox"/> Sonstige _____          |  |
|  | <input type="checkbox"/> keine                   |  |

# Anamnesebogen



Daten | Gesundheit | Sportlichkeit | Erklärung

Seite 7/9

- Welches sind Ihre Hauptnutzungsbereiche mit den zuvor genannten Schuhen?

Wettkampf                       Training                       Alltag  
 Tagesausflüge                       Alltagsbereich                       Sonstiges \_\_\_\_\_

häufige Intensität:  intensiv     moderat                       leicht                       sehr leicht

circa \_\_\_\_\_ Lafeinheiten pro Woche  
circa \_\_\_\_\_ Minuten/Stunden pro Lafeinheit  
circa \_\_\_\_\_ Laufkilometer pro Woche

Straßen- bzw. Asphaltanteil:     100%                       ~50%                       selten                       keiner  
bergiges/hügeliges Terrain:     immer                       häufig                       selten                       nie

- Verwenden Sie orthopädische Schuheinlagen?  ja     nein  
wenn ja, zu welcher Gelegenheit

nur beim Lauftraining                       nur im Alltag                       beides  
 auch bei anderen Sportarten, nämlich beim \_\_\_\_\_

Einlagen-Grund bzw. orthopädischer Befund:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Fahren Sie Fahrrad?  
wenn ja, wann das letzte Mal (MM/JJ) \_\_\_\_\_

- Welchen Fahrradtyp nutzen Sie vorrangig, wenn Sie Fahrrad fahren?

Triathlon-/Zeitfahrrad                       Rennrad                       Cyclocrossbike  
 Gravelbike                       MTB                       Trekkingbike  
 Citybike                       E-Bike                       Sonstiges \_\_\_\_\_

- Seit wann fahren Sie bereits mit dem o.g. Fahrrad bzw. den Fahrrädern?  
bitte Jahreszahl oben hinter dem jeweiligen Fahrrad ergänzen (JJJJ oder MM.JJJJ)

- Welches sind die Hauptnutzungsbereiche mit dem vorgenannten Fahrrad (oder schweben Ihnen vor)?

Tagesausflüge                       Alltagsbereich                       Bikepacking/Radreisen  
 Wettkampf                       Training                       Sonstiges \_\_\_\_\_

häufige Intensität:  intensiv     moderat                       leicht                       sehr leicht

circa \_\_\_\_\_ Radfahrten pro Woche  
circa \_\_\_\_\_ Minuten/Stunden pro Radfahrt  
circa \_\_\_\_\_ Fahrradkilometer pro Woche

Straßen- bzw. Asphaltanteil     100%                       ~50%                       selten  
bergiges/hügeliges Terrain     immer                       häufig                       selten                       nie

- Haben Sie mit einem der Fahrräder ein Bikefitting durchgeführt?  ja     nein  
▸ Haben Sie mit einem der Fahrräder ein Fahrsicherheitstraining absolviert?  ja     nein

# Anamnesebogen

Daten | Gesundheit | Sportlichkeit | Erklärung

Seite 8/9



## [J] Sport-/Trainingsgeschichte

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				

- Sind Sie innerhalb der letzten 6 Wochen sportlich aktiv gewesen?  ja  nein  
 wenn ja, in welchen Bereichen/Sportarten und wie oft circa 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, Mobilisation, Yoga \_\_\_\_\_

- 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

## [K] Persönliche Bestleistungen

Sportart/Disziplin	Leistung	Platzierung	Jahr



# Anamnesebogen

Daten | Gesundheit | Sportlichkeit | Erklärung

Seite 9/9



## [L] Sporttätigkeit | Datenlage

- In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich?  
 Vorbereitung       Wettkampf       Übergangsperiode       keine
- Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als 2 Wochen?  
wenn ja, wegen \_\_\_\_\_  ja     nein
- Sind leistungsdagnostische Daten vorhanden?  
wenn ja, zuletzt vom MM.JJJJ \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_  ja     nein
- Sind Trainingsaufzeichnungen vorhanden (Protokolle, Tagebuch, Trainingsportale)?  
wenn ja, ab circa MM.JJJJ \_\_\_\_\_ in Form von \_\_\_\_\_  ja     nein
- Sind Ergebnisse aus Bluttests vorhanden - z.B. ein großes Blutbild?  
wenn ja, vom MM.JJJJ \_\_\_\_\_  ja     nein
- Üben Sie selbst eine der folgenden Tätigkeiten aus?  ja     nein  
 Trainer\*in       Übungsleiter\*in       Sportlehrer\*in  
in welcher Sportart/Disziplin: \_\_\_\_\_

## [M] Erklärung

Ich erkläre mich für grundsätzlich gesundheitlich in der Lage, an sportlichen Angeboten von personal sports teilzunehmen. Eine vorsorgliche, medizinische Untersuchung wird durch personal sports ausdrücklich empfohlen; Änderungen meines Gesundheitszustandes teile ich unverzüglich, ggf. angefragte Übungen breche ich bei negativen Empfindungen in uneingeschränkt selbstverantwortlicher Weise ab. Am Sportangebot von personal sports nehme ich auf eigenes Risiko teil. Veranstalter/Dozent\*innen/Trainer\*innen haften nicht für etwaige Personen sowie Sachschäden, es sei denn, es würde durch sie vorsätzlich oder grob fahrlässig gehandelt werden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Bildmaterial, welches eventuell während einer Veranstaltung / eines Events / eines Trainings entsteht, von personal sports verwendet und insbesondere auch veröffentlicht werden kann.

Ich nehme alle oben genannten Aussagen zur Kenntnis und erkläre mich mit meiner Unterschrift einverstanden, inklusive der auf der ps-Homepage detailliert veröffentlichten Datenschutzhinweise (<http://personal-sports.info/datenschutzhinweise>) und dem Haftungsausschluss (<http://personal-sports.info/haftungsausschluss>). Alle persönlichen Daten bzw. Angaben werden vertraulich behandelt!

**Ort, Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_

Hier können Sie uns noch eine Notiz hinterlassen: