

Anamnesebogen Outdoorfitnesskurs

(Bitte vollständige Anschrift angeben)

Name, Vorname:

E-Mail:

Geb. am, Alter:

Telefon:

Adresse (Ort, PLZ, Str., H-Nr.):

Tag und Standort des Kurses (z.B. „Montag, Nürnberg“):

Biometrische Daten

Größe:

Gewicht:

BMI (Gewicht kg/ Größe² m):

Trainingsziele

- Verbesserung der allgemeinen Fitness
- Ausdauerbetontes Herz-Kreislauf Training
- Vorbereitend auf eine Sportart:

- Ergänzend zu einer Sportart:

- Stressausgleich
- Gewichtsreduktion
- Haltungsverbesserung
- Muskelaufbau
- Figurtraining
- Sonstiges: _____

Möchten Sie einen besonderen Fokus auf einen Bereich der Muskulatur legen (Muskelaufbau)? Wenn ja, auf welchen?

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

- Nein / Ja,

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

- Nein / Ja,

Haben Sie Allergien?

- Nein / Ja,

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- | | | | |
|-----------------|---|--------------------------|---|
| Arteriosklerose | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja | Angina Pectoris | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja | Erhöhte Cholesterinwerte | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja | Tumorerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja |
| Asthma | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja |
| Migräne | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja | Sonstige: _____ | <input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja |

Sonstige Herzerkrankung: _____

Osteoporose Nein / Ja

Sonstige orthopädische Erkrankung/ Vorbelastung:

Liegt eine Schwangerschaft vor? Nein / Ja

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine fiebrige Erkältung? Nein / Ja

Sind Sie körperliche Anstrengung gewöhnt? Nein / Ja

Bemerkungen (familiäre Vorbelastung etc.):

Berufliche Tätigkeit

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> überwiegend sitzend | <input type="checkbox"/> überwiegend stehend |
| <input type="checkbox"/> sitzend und stehend | <input type="checkbox"/> mit körperlicher Anstrengung |
| | <input type="checkbox"/> stressig |

Durchschnittliche Arbeitszeit (Woche):

_____h

Lebensstil / Ernährung

Wollen Sie abnehmen? Nein / Ja, _____ kg

Wollen Sie zunehmen? Nein / Ja, _____ kg

Machen Sie zur Zeit eine Diät? Nein / Ja, _____

Sind Sie Raucher/in Nein / Ja, _____ Zigaretten pro Tag

Freizeitbeschäftigung / Sport

Betreiben Sie noch anderen Sport? Nein / Ja, _____

Wie würden Sie Ihr aktuelles Fitnessniveau bezeichnen?

ausgezeichnet gut mittel schlecht sehr schlecht

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet
Empfehlung von Freunden
Sonstiges: _____

Hiermit bestätige ich, meine Angaben nach bestem Wissen & Gewissen gemacht zu haben und stimme der Speicherung meiner persönlichen Daten zu:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Unterschrift Trainer: _____

