

Anamnesebogen

Persönliche Daten

Name	Vorname	Geb.-Datum	Telefon
Straße	PLZ & Wohnort	E-Mail	

Allgemeinzustand

1. Wie beurteilen Sie Ihre körperliche Fitness

- Sehr gut
 Gut
 Befriedigend
 Ausreichend
 Mangelhaft
 Genügend

2. Deine momentane berufliche Tätigkeit ist überwiegend ...

- Sitzend
 Sitzend, mit etwas Bewegung
 Intensiver Belastung
 Sehr stressig

3. Wieviel Stress bist du in deinem Alltag ausgesetzt?

- Gar keinen
 Wenig
 Etwas
 Etwas mehr
 Viel
 Sehr viel

Gesundheitsfragen

	Ja	Nein	Wenn ja, welche
1. Leiden Sie unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Bestehen Stoffwechselerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Haben Sie Diabetes (Typ 1 oder 2)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Bestehen Schäden am Knochenapparat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Bestehen Schäden an Muskeln, Sehnen oder Bändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Leiden Sie unter Verspannungen im Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja gegen was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Leiden Sie unter sonstigen trainingsrelevanten Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____