

# 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"/>	