

TRAININGSANAMNESE

Name		Datum	
Adresse und Telefonnummer und E-Mail			
Geb.datum	Größe	Gewicht	Ruhepuls
Sportart		Weitere Sportarten	
Trainingsalter (seit wann trainieren Sie regelmäßig, hatten Sie eine längere Pause?)			
Durchschnittliche wöchentliche Trainingshäufigkeit (in den letzten 10 Wochen)			
Durchschnittlicher wöchentlicher Trainingsumfang (in Kilometern und Stunden)			
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel, wenn ja welche (Eisen, Magnesium, Vit C, Eiweiß....)			
Führen Sie ein Trainingstagebuch?		ja	nein
Machen Sie Krafttraining?			
Machen Sie Dehnungsübungen?			
Puls bei niedriger Intensität	Puls bei mittlerer Intensität	Puls bei hoher Intensität	
Bisherige Wettkämpfe/ Ergebnisse/ Bestleistungen			
Aktuelle sportliche Ziele (was wollen Sie wann erreichen?)			

Bitte wenden, allgemeine Anamnese auf der Rückseite

ALLGEMEINE ANAMNESE

Derzeitige Beschwerden (Bewegungsapparat, innere Organe)		
Frühere Erkrankungen (Operationen, Spitalsaufenthalte...)		
Nikotin	Alkohol	Allergie
Nehmen Sie derzeit Medikamente, wenn ja welche?		
<u>Leiden sie unter?</u>		
Bluthochdruck	Hohem Cholesterin	Erhöhtem Blutzucker
<u>Hatten Sie jemals eines der folgenden Symptome?</u> Stechen vor dem Herzen, besonders bei Belastung?		
Schwindel oder Bewusstlosigkeit? Ungewöhnlich starke Atemnot? Herzstolpern oder Herzrasen?		
Gibt es in Ihrer Familie eine Häufung von Erkrankungen, z.B. Herzinfarkt oder Schlaganfall oder ist ein Familienangehöriger in jungen Jahren verstorben?		
<u>Wie zufrieden sind Sie?</u>		
Mit Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit	sehr	gar nicht
Mit Ihrem Ernährungsverhalten		
Mit Ihrem Umgang mit Stress		
<u>Können Sie sich vorstellen, dass in 3 Monaten eine Verbesserung eingetreten ist?</u>		
Bei Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit	sehr	gar nicht
Bei Ihrem Ernährungsverhalten		
Bei Ihrem Umgang mit Stress		
Was machen Sie beruflich?		
Wodurch sind Sie auf unser Angebot aufmerksam geworden? (Freunde, Werbung, Internet...)		