



# Anamnesebogen

Bitte beim Gesundheitstrainer abgeben!

<b>Nachname:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geb. Datum:</b>	<b>Tel.-Nr.:</b>
<b>Tel.-Nr.:</b>	<b>Handy-Nr.:</b>
<b>Plz, Ort:</b>	<b>Straße, HNr. :</b>
<b>E-mail:</b>	<b>Datum:</b>

**Zutreffendes bitte ankreuzen !** (auch Mehrfachnennung möglich)

- Vorerkrankungen:** (falls bekannt)
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Übergewicht     | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit      |
| <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> erhöhtes Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> weitere: _____  |   |

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  ja  nein

**Wenn ja, welche und Dosierung** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Was haben Sie bisher schon zur Änderung Ihres Lebensstils versucht?**

- Ernährungsumstellung
- Diät, wenn ja wie viele ca. \_\_\_\_\_  
Jo-Jo-Effekt?  ja  nein
- Sport, wenn ja welchen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**und wie oft pro Woche:** \_\_\_\_\_ pro Woche

\_\_\_\_\_

- Ihre Ziele:**
- Gewichtsabnahme um \_\_\_\_\_ kg
  - Steigerung der Fitness
  - Einsparung von Medikamenten
  - Muskelaufbau
  - Verbesserung des Wohlbefindens
  - Weitere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**BITTE WENDEN!**



### Derzeitiges Bewegungsverhalten:

- Laufen
- Radfahren
- Wandern
- Nordic Walking
- Langlaufen
- Spazierengehen
- Sonstiges \_\_\_\_\_
- Wie oft pro Woche \_\_\_\_\_
- Benützen Sie eine Pulsuhr?  ja  nein

### Derzeitiges Ernährungsverhalten:

- Wann ist Ihre Hauptmahlzeit?  mittags  abends  verschieden
- Essen Sie regelmäßig?  ja  nein
- Essen Sie zwischendurch Kleinigkeiten?  ja  nein
- Wenn ja, was \_\_\_\_\_
- Ich esse meist  langsam  schnell  normal
- Ich habe Heißhungerattacken auf \_\_\_\_\_
- täglich  wöchentlich
- monatlich  nie

- Rauchen Sie?  ja  nein
- Wenn ja:  wie viele Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_
- seit wie vielen Jahren \_\_\_\_\_
- wann die 1. Zigarette am Tag \_\_\_\_\_ Uhr
- Wollen Sie mit dem Rauchen aufhören?  ja  nein

### Welche Erkrankungen gibt es in Ihrer Familie (bei Blutsverwandten; falls bekannt)

- hoher Blutdruck
- Zuckerkrankheit
- Übergewicht
- hoher Cholesterinspiegel
- Herzerkrankung/Infarkt
- Schlaganfall
- Krebserkrankungen,
- Wenn ja, welche \_\_\_\_\_
- Andere \_\_\_\_\_



Vom Arzt auszufüllen – verbleibt beim Kunden – bitte zum Gespräch mit Gesundheitstrainer und Arzt mitbringen! Nach Ende der Mitgliedschaft bitte beim Gesundheitstrainer abgeben!

**Name:** \_\_\_\_\_ **Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

**Vorsorgeuntersuchung am:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Unterschrift und Stempel**

**Ergometrie am:** \_\_\_\_\_ **Patient ist voll belastbar bis:** \_\_\_\_\_ (HF)  
**Maximalpuls:** \_\_\_\_\_ **Ruhepuls:** \_\_\_\_\_  
**CAVE:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Unterschrift und Stempel**

**Datum 1. US:** \_\_\_\_\_  
**Größe:** \_\_\_\_\_  
**Gewicht:** \_\_\_\_\_  
**BMI:** \_\_\_\_\_  
**Körperfett:** \_\_\_\_\_  
**Muskulatur:** \_\_\_\_\_  
**Bauchumfang:** \_\_\_\_\_  
**Blutdruck:** \_\_\_\_\_  
**BZnü:** \_\_\_\_\_  
**Chol:** \_\_\_\_\_  
**HDL:** \_\_\_\_\_  
**TG:** \_\_\_\_\_  
**Raucher: ja/nein**

**Datum 2. US:** \_\_\_\_\_  
**Gewicht:** \_\_\_\_\_  
**BMI:** \_\_\_\_\_  
**Körperfett:** \_\_\_\_\_  
**Muskulatur:** \_\_\_\_\_  
**Bauchumfang:** \_\_\_\_\_  
**Blutdruck:** \_\_\_\_\_  
**BZnü:** \_\_\_\_\_  
**Chol:** \_\_\_\_\_  
**HDL:** \_\_\_\_\_  
**TG:** \_\_\_\_\_  
**Raucher: ja/nein**

**Datum 3. US:** \_\_\_\_\_  
**Gewicht:** \_\_\_\_\_  
**BMI:** \_\_\_\_\_  
**Körperfett:** \_\_\_\_\_  
**Muskulatur:** \_\_\_\_\_  
**Bauchumfang:** \_\_\_\_\_  
**Blutdruck:** \_\_\_\_\_  
**BZnü:** \_\_\_\_\_  
**Chol:** \_\_\_\_\_  
**HDL:** \_\_\_\_\_  
**TG:** \_\_\_\_\_  
**Raucher: ja/nein**