

# FITNESSTREFF PFARRHEIM

# SC-SB FILSEN - ANAMNESEBOGEN

## Persönliche Daten:

Nachname:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | | | |
|  | Männlich |  | Weiblich |
|  | | | |

Vorname:

Geschlecht

Alter:

## Angaben zur körperlichen Fitness:

Größe in cm:

Gewicht in Kilogramm:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | Ja |  | Nein |
|  | | | |

Blutdruck

Ruhepuls

Trainingswünsche

Betreiben Sie Sport/Bewegung? Wenn ja, welchen?

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Ja

Nein

Haben Sie Bewegungs-

/Koordinationsstörungen?

Wenn ja, welche? Frühere Operationen?

Wenn ja, welche?

Gab es bisher Sportverletzungen?

Wenn ja, welche?

Gab es sonstige Probleme im Bereich des Bewegungsapparates?

Wenn ja, welche?

Seite 1



# FITNESSTREFF PFARRHEIM

# SC-SB FILSEN - ANAMNESEBOGEN

## Angaben zu Krankheiten:

Herzerkrankungen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Weitere Erkrankungen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

## Angaben zu Lebensgewohnheiten:

Rauchen Sie?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Ja |  | Nein |
|  | Ja |  | Nein |
|  | Ja |  | Nein |
|  | Ja |  | Nein |
|  | Ja |  | Nein |
|  | Ja |  | Nein |
|  | | | |
|  | | | |

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Leiden Sie unter Stress?

Nehmen Sie regelmäßig Schlaf-, Beruhigungs- u. Schmerzmittel?

Essen Sie häufig sehr fette oder sehr süße Speisen?

Haben Sie oft Heißhunger? Wie viel trinken Sie pro Tag? Sonstiges?

Datum, Ort, Unterschrift

Seite 2