

Anamnesebogen

Persönliche Angaben:

Name: _____

Plz: _____ Wohnort: _____

Geb.-datum : _____

Tel., eMail: _____

Wie sind Sie auf Bodylounge aufmerksam geworden? _____

Fragen zur Person:

Körpergröße _____ Körpergewicht _____

Körperfett % _____ RR/Ruhepuls _____

Bisherige sportliche Betätigung: gar nicht 1 - 2 mal > 2 mal

Wenn ja, welche _____

Wie beurteilen Sie Ihre momentane Fitness?

sehr gut gut befriedigend ausreichend mangelhaft

Leistungsniveau: Orientierungsstufe Präventionsstufe Leistungsstufe

Warum beginnen Sie jetzt mit dem Fitness Training?

Welche Ziele verfolgen Sie mit dem Studiobesuch?

- Schmerzreduktion / Schmerzfreiheit
- Kräftigung / Muskelaufbau
- Gewichtsreduktion
- Straffung
- Allgemeine Fitness
- Verbesserung der Ausdauer
- Training Herz-/Kreislauf
- Präventives Training
- Spaß an der Bewegung / Stressabbau
- Leistungssteigerung

Trainingsschwerpunkte: _____

Wie lange und wie häufig möchten Sie pro Woche trainieren, um Ihre Ziele zu erreichen?

Gesundheitszustand:

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, warum _____

Herz-/Kreislauf und Innere

Haben Sie Stress? ja nein

Welche Art von Stress? _____

Haben Sie Herz-/Kreislaufprobleme? ja nein

Wenn ja, welche _____

Haben Sie Stoffwechselerkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche _____

Nehmen Sie Medikamente ein, haben Sie Allergien? ja nein

Wenn ja, welche _____

Aktiver und passiver Bewegungsapparat

Hatten Sie Verletzungen, KH-Aufenthalte? ja nein

Wenn ja, welche _____

Operationen? ja nein

Wenn ja, welche _____

Bestehen Probleme in folgenden Gelenken/in der Wirbelsäule?

OK: Schulter, Ellenbogen, Hand, Finger? ja nein

Wenn ja, welche _____

Rumpf: HWS, BWS, LWS? ja nein

Wenn ja, welche _____

UK: ISG, Hüftgelenk, Kniegelenk, Sprunggelenk? ja nein

Wenn ja, welche _____

Bestehen Rheuma, Arthrose, Osteoporose ja nein

Wenn ja, was _____

Lifestyle

Raucher ja nein

Alkohol ja nein

Besonderheiten zu Ernährung, Biorhythmus, Schlaf, Hobbies, Stress?

Ernährungsgewohnheiten

Ich nehme 1 2 3 4 5

Mahlzeiten täglich zu mir.

Welche Ernährungsgewohnheiten haben Sie?

Ich esse normal vollwertig 3 vegetarisch/vegan Diät

Sonstiges _____

Ich trinke tgl. bis 1 L 1 – 2 L mehr als 2 L

Wasser am Tag.

Meine Trainingsempfehlung für Sie:

Trainingshäufigkeit / Trainingsumfang: _____

Ausdauertraining (Methode/Intensität/Umfang): _____

Kraft (Methode/Intensität/Umfang): _____

Beweglichkeit (Methode/Intensität/Umfang): _____

Meine Übungsempfehlung für das heutige Probetraining:

Cardiogerät: _____

Kraftgerät: _____

EMS Power Plate Seilzug Hantel eigenes Körpergewicht

Kontraindikationen

Erklärung zur Durchführung von Vibrationstraining und Training mittels elektrischer Muskelstimulation Sollte eine der unten genannten Kontraindikationen zutreffen, empfehle ich die Rücksprache mit einem Arzt, bevor Sie mit der Anwendung der Power Plate oder EMS beginnen. Sollten während der Nutzung gesundheitliche Beschwerden auftreten, ist die Anwendung sofort einzustellen und medizinischer Rat einzuholen.

Sie leiden unter:	nein	Sie tragen	nein
Akuten Erkrankungen/Entzündungen	<input type="radio"/>	Einen Herzschrittmacher	<input type="radio"/>
Akuten Thrombosen	<input type="radio"/>	Kürzl. angebrachte Metallstifte	<input type="radio"/>
Akutem Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/>	Kürzl. angebrachte Bolzen	<input type="radio"/>
Akuter Migräne	<input type="radio"/>	Kürzl. angebrachte Platten	<input type="radio"/>
Frischen Frakturen (Knochenbrüchen)	<input type="radio"/>	Knie-/Hüftimplantate	<input type="radio"/>
Höhergradiger Osteoporose	<input type="radio"/>	Frische Spirale	<input type="radio"/>
Akuter Tendinopathie	<input type="radio"/>	Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="radio"/>
Tumoren, Diabetes, Epilepsie	<input type="radio"/>		
Einem frischen Herzinfarkt	<input type="radio"/>		
Gallen-/Nierensteinen	<input type="radio"/>		

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Erklärung gelesen und verstanden haben, dass keine der genannten Erkrankungen vorliegen, bzw. ein ärztlicher Rat zur Nutzung eingeholt wurde. Sie möchten das Training auf eigene Verantwortung durchführen, ggf. auch ohne Beaufsichtigung durch einen Trainer.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde

Unterschrift Trainer