

Herzliche Gratulation zu Ihrer Entscheidung zum Personal Training (PT). Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gewissenhaft und wahrheitsgemäß aus, damit schon beim ersten Termin exklusiv auf Ihre Wünsche, Ziele und individuellen Voraussetzungen eingegangen werden kann. Selbstverständlich bleiben alle Daten ein Geheimnis zwischen Ihnen und Ihrem Personal Trainer:in.

Persönliche Daten:

Name: _____ Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Gewicht: _____ Körpergröße: _____ Kinder: _____

Beruf: _____ Tätigkeitsaktivität: _____

Tel.Nr. _____ email: _____

Wünsche & Ziele:

Welche gesundheitlichen und körperlichen Ziele sind Ihnen wichtig? Bitte ordnen Sie die in der Reihenfolge ihrer Wichtigkeit!

- _____
- _____

**Welche sportlichen Aktivitäten interessieren Sie besonders?
Bitte durch Ankreuzen auswählen.**

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Ausdauertraining allg. | ☐ Bodyweight Training | ☐ Funktional-Athletiktraining |
| ☐ Krafttraining | | |
| ☐ Mobility- Stretching | | |
| ☐ Laufen | | |
| ☐ Rückenfit | ☐ Pilates | |

In welcher Form soll das PT erfolgen?

- ☐ Trainingsplanung/ Trainingsplanerstellung für das selbständigen Training
- ☐ Trainings-Beratung + Betreuung
- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ Wochentags | ☐ Vormittag | ☐ Mittag | ☐ Abends |
| ☐ Wochenende | | | |
- ☐ kontinuierliche Trainingsbetreuung mit ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐Trainingseinheiten /Woche / Monat

Welche Sportlichen Aktivitäten haben Sie bisher durchgeführt?

- | | | |
|----------|-------------|----------------|
| 1. _____ | Wann? _____ | Wie oft? _____ |
| 2. _____ | Wann? _____ | Wie oft? _____ |
| 3. _____ | Wann? _____ | Wie oft? _____ |

Welche weiteren sportlichen Erfahrungen haben Sie in Ihrem Leben gesammelt? Was haben Sie schon ausprobiert?

- _____ ☐ positiv ☐ negativ
- _____ ☐ positiv ☐ negativ
- _____ ☐ positiv ☐ negativ

Anamnesebogen

Welche sportlichen Aktivitäten haben Sie im letzten Jahr durchgeführt? Mit welcher Regelmäßigkeit?

1. _____ Einheiten / Woche

2. _____ Einheiten / Woche

3. _____ Einheiten / Woche

Haben Sie eine Sportart leistungsorientiert durchgeführt?

O nein O ja, und zwar: _____

Was hat Sie bisher motiviert, Sport zu treiben?

O Gesundheit O allgemeine Fitness O Prävention O Stressabbau
O Leistung/ Wettkampf O Spaß an der Bewegung O Gruppenerlebnis
O Naturerlebnis O besseres Wohlbefinden allg. O _____

Wo möchten Sie trainieren?

O zu Hause O Fitness-Studio O im Büro O draußen

Welche Genussmittel nehmen Sie zu sich?

O Kaffee _____ Tassen/ Tag O Schwarztee _____ Tassen/ Tag
O Zigaretten _____ Zigaretten/ Tag O Alkohol _____ / Woche
O andere Genussmittel _____

Wie würden Sie Ihr Schlafverhalten beschreiben?

Einschlafstörungen O nein O ja, und zwar _____
Durchschlafstörungen O nein O ja, und zwar _____

Wann fühlen Sie sich besonders wach, energiegeladen, leistungsfähig?

O morgens O mittags O abends O nachts

Wie würden Sie Ihren Zustand bezüglich folgender Punkte bezeichnen, wenn sie 100% vergeben könnten? (100% wären optimal – Schulnote 1 und 0% wären schlecht – Schulnote 6)

Entspannung 0 % ----- 100 %

Ernährung 0 % ----- 100 %

Training/Fitness 0 % ----- 100 %

Gesundheit 0 % ----- 100 %

Privat 0 % ----- 100 %

Wann (krankheitsbedingt) war Ihr letzter Arztbesuch: _____ Weswegen? _____

Haben Sie? O Bluthochdruck O niedrigen Blutdruck

Gibt es gesundheitlichen Beschwerden/ Einschränkungen ?

- ☐ Engegefühl in der Brust (Angina Pectoris)
- ☐ Herzrhythmusstörungen
- ☐ Zuckerkrankheit (Diabetes melitus)
- ☐ leiden Sie unter Schwindel oder häufigen Kopfschmerzen
- ☐ Schilddrüsenerkrankung (O Überfunktion O Unterfunktion)
- ☐ regelmäßige, massive Rückenschmerzen
- ☐ Asthma
- ☐ akute Entzündungen, wenn ja welche _____
- ☐ nehmen Sie derzeit Antibiotika
- ☐ nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein, welche _____
- ☐ Allergien, welche _____
- ☐ sonstige Beschwerden _____

Hatten Sie irgendwelche schwere Verletzungen?

☐ nein ☐ wenn ja, welche _____

Hatten Sie in letzter Zeit ein Schleudertrauma?

☐ nein ☐ ja, und zwar (Datum/ Schweregrad) _____

☐ wenn ja, haben Sie momentan dadurch noch Beschwerden? ☐ ja ☐ nein

Haben Sie Beschwerden/ Einschränkungen in

Fuß	☐ nein	☐ ja, und zwar
Knie	☐ nein	☐ ja, und zwar
Hüfte	☐ nein	☐ ja, und zwar
Becken	☐ nein	☐ ja, und zwar
LWS	☐ nein	☐ ja, und zwar
BWS	☐ nein	☐ ja, und zwar
HWS	☐ nein	☐ ja, und zwar
Schulter	☐ nein	☐ ja, und zwar
Ellbogen	☐ nein	☐ ja, und zwar
Rheuma	☐ nein	☐ ja, und zwar
Arthrose	☐ nein	☐ ja, und zwar

Haben Sie irgendwelche anderen gesundheitlichen Einschränkungen, die oben nicht erwähnt wurden?

☐ Nein
☐ ja und zwar

Hiermit versichere ich, dass obige Angaben vollständig sind und der Wahrheit entsprechen.
Ich versichere sportgesund zu sein und habe mich bei meinem Arzt meines Gesundheitszustandes versichert.
In lasse mich regelmäßig auf meine Sporttauglichkeit ärztlich untersuchen.
Jede Erkrankung, Schmerzen, Schwindel oder Unwohlsein werde ich meinem Trainer mitteilen.

Datum, Unterschrift

