

## ANAMNESEBOGEN FÜR DEN TRAININGSBEREICH

Name, Vorname ..... Geburtsdatum .....

Anschrift .....

Beruf ..... Telefon .....

E-Mail ..... Im Notfall verständigen .....

Größe ..... Gewicht ..... Ruhepuls ..... Blutdruck .....

**Beantworten Sie bitte folgende Fragen zu Ihrer Gesundheit ehrlich und nach ihrem Wissensstand mit „Ja“ oder „Nein“.  
Nutzen Sie für weitere Erklärungen bitte die zweite Seite.**

	Ja	Nein
1. Haben Sie orthopädische Probleme/Erkrankungen (z.B. Arthrose/Arthritis, Osteoporose, Rheuma, o.ä. an Extremitäten oder Rumpf)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Haben Sie Krebs oder sind Sie momentan in chemotherapeutischer Behandlung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Haben Sie Herzerkrankungen oder Herz Kreislauf Erkrankungen (z.B. Durchblutungsstörungen, Arteriosklerose, Thrombosen, PAVK, Bluthochdruck)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Haben Sie Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Erkrankungen der Schilddrüse, Leber, Nieren, o.ä.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Haben Sie Erkrankungen der Atemwege (z.B. Asthma, COPD, Allergien, o.ä.)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nehmen Sie Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel zu sich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wurden bei Ihnen chirurgische Eingriffe oder Operationen vorgenommen? (Wenn ja, bitte auf Seite 2 erläutern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sind Sie derzeit in ärztlicher oder auch therapeutischer Behandlung? (Wenn ja, bitte auf Seite 2 erläutern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Sind Sie Raucher?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Wie würden Sie Ihr Aktivitätslevel auf der Arbeit beschreiben?	<input type="radio"/> ausschließlich sitzend <input type="radio"/> stehend/laufend	<input type="radio"/> leichte Aktivität, gelegentlich gehend <input type="radio"/> körperlich schwere Arbeit



## ANAMNESEBOGEN FÜR DEN TRAININGSBEREICH

### Relevante Fragen zur Trainingsdurchführung – wichtig!

	Ja	Nein
• Akute Erkrankungen, bakterielle Infektionen oder entzündliche Prozesse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Kürzlich vorgenommene Operationen (vor weniger als 2 Monaten)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Arteriosklerose, arterielle Durchblutungsstörung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Stents oder Bypässe, die weniger als 6 Monate aktiv sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Unbehandelter Bluthochdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Diabetes Mellitus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Schwangerschaft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Elektrische Implantate (z.B. Herzschrittmacher)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Tumor- oder Krebserkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Blutungsstörung oder Blutungsneigung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Neurale Erkrankungen (z.B. Epilepsie)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Bauchwand- oder Leistenhernie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Herz-Rhythmus-Störung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Fragen, die einer ärztlichen Klärung bedürfen.

	Ja	Nein
• Akute diffuse Rückenbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Akute Neuralgien (Nervenschmerzen) oder Bandscheibenvorfälle?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Haben Sie Implantate, die älter als 6 Monate sind?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Erkrankungen der inneren Organe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Cardiovasculäre Erkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Arthrose, Gelenkerkrankungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Epilepsie (mehr als 12 Monate anfallsfrei)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Größere Flüssigkeitsansammlung im Körper/Ödeme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Offene Hautverletzungen, Wunden, Ekzeme, Verbrennungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Krampfadern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Alkohol-, Nikotin-, Rauschmittelabusus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den gesamten Fragebogen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

**Sollten sich während der Vertrags-/Trainingszeit Änderungen zu den ausgefüllten Fragen im Anamnesebogen ergeben, ist es Pflicht des Kunden/Patienten, dies unverzüglich anzuzeigen.**

.....  
Ort/Datum

.....  
Unterschrift