

Anamnesefragebogen

Personalien

Name:

Vorname:

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Mobiltelefon:

geschäftlich:

Telefax:

Email:

Hausarzt:

Sonstiges:



Trainingsziele

Primär

Sekundär

Gewichtsreduktion

Gewichtsaufbau

Problemzonentraining / Straffung

Ausdauer

Fitness / Fun

Muskelaufbau

Rehabilitation

Rücken und Gesundheitstraining

Körperwahrnehmung und Verbesserung der Koordination

Stressabbau / Entspannung

Naturerlebnis

Kraftausdauer

Aggressionsabbau

Prävention

Spaß am Gruppentraining

Ernährungsumstellung

Marathonvorbereitung

Sie wurden betreut von Braendli Marco

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anti-Age |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Beweglichkeitstraining |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonstiges |

1) Einführungsanamnese

Was erwarten Sie von Ihrem Personaltrainer?

Welches Angebot von PFT - Personal-Fitnesstraining interessiert Sie?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Fitnesstraining
- Krafttraining
- Herz-/Kreislauftraining
- Indoortraining
- Outdoortraining
- Hometraining
- Gametraining
- Holidaytraining
- Privattraining
- Gruppentraining
- Vereinstraining
- Firmentraining
- Leistungsdiagnostik
- Trainingsplanung
- Ernährungsberatung / Sporternährung
- Wettkampfbetreuung
- Diverses
- Diverses
- Diverses

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden?

Auf welchem Fitnesslevel befinden Sie sich? (eigene Einschätzung)

Profi / Berufssportler	Sportler / Breitensportler mit Ambitionen	Viel Erfahrung	Fortgeschrittener	Wenig erfahrung	Neueinsteiger
---------------------------	---	----------------	-------------------	--------------------	---------------



Haben Sie in Fitnesscentern schon Erfahrungen gesammelt?

 ja

 nein

Wenn ja, in welchen Centern und wie lange?

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Haben Sie im Personaltraining schon Erfahrungen gesammelt? ja nein

Wenn ja, bei welchen Personaltrainern und wie lange?

Warum möchten Sie mit dem Personaltraining beginnen? (siehe weiteren Schritt)

(Mehrfachauswahl möglich)

- Gewichtsreduzierung
- Gewichtsaufbau
- Problemzonentraining / Straffung
- Rehabilitation
- Rücken- / Gesundheitstraining
- Flexibilitätstraining
- Stressabbau / Entspannung
- Herz- / Kreislauftraining (Kondition- / Ausdauertraining)
- Kraftaufbau
- Muskelaufbau
- Allg. Fitnesstraining
- Wettkampfvorbereitung
- Anti-Age
- Fun
- Körperwahrnehmung
- Diverses
- Diverses
- Diverses

Ihr primäres Trainingsziel?

Ihr sekundäres Trainingsziel?

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Welche Körperpartien sind Ihnen speziell wichtig?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Nacken
- Schultern
- Arme
- Oberarme
- Unterarme
- Rücken
- Oberer Rücken
- Unterer Rücken
- Brust
- Bauch
- Taille
- Hüfte
- Becken
- Rumpf
- Beine
- Oberschenkel
- Waden
- Oberkörper
- Unterkörper
- Ganzkörper

Wie viele Trainingseinheiten pro Woche nehmen Sie sich mit Ihrem Personaltrainer vor?

Trainingseinheiten

Wie viele Trainingseinheiten pro Woche nehmen Sie sich alleine vor?

Trainingseinheiten pro Woche

Wie lange sollte Ihrer Meinung nach eine Trainingseinheit etwa dauern?

Stunden

Welchen Beruf üben Sie aus?**Wie gelangen Sie zur Arbeit?****Wie viele Stunden beträgt Ihre durchschnittliche Arbeitszeit pro Tag?**

Stunden

Welchen Sport betreiben Sie in Ihrer Freizeit?

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Sind Sie in einem Sportverein tätig? ja nein

Wenn ja, in welchem Verein oder Vereinen sind Sie sportlich aktiv?

Wieviel mal trainieren Sie in der Woche mit Ihrem Verein?

x pro Woche

Üben Sie eine Sportart professionell aus (als Ihr Beruf oder als Amateur mit Lizenz)?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

 Nein Ja**Haben Sie ein sportliches, professionelles Ziel?**

(Mehrfachauswahl möglich)

 Nein Aufbau nach Verletzung Aufbautraining Höhentraining Saisonvorbereitung Wettkampfvorbereitung Wettkampf Regeneration / Kompensation Anderes Ziel Anderes Ziel**Wo liegen Ihre Stärken?**

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Was machen Sie für Ihre Entspannung?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Nichts
- Sauna / Dampfbad / Sanarium
- Solarium
- Sonnenbaden
- Massagen
- Akupunktur- / Akupressur-Massagen
- Wellness
- Spa
- Stretching
- Regeneratives Training / Aktive Erholung (Kompensationstraining)
- Pilates
- Qigong
- Yoga
- Tai-Chi
- Meditation
- Andere Erholung
- Andere Erholung
- Andere Erholung

1) Einführungsanamnese

Ernähren Sie sich ausgewogen? ja nein**Essen Sie regelmässig?** ja nein**Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie am Tag zu sich?**

Mahlzeiten pro Tag

Essen Sie gerne? Beschreiben Sie Ihr Essverhalten:**Machen Sie zurzeit eine Diät?** ja nein

Wenn ja, was für eine Diät machen Sie im zurzeit?

Wieviele Liter Wasser trinken Sie pro Tag?

Liter

Haben Sie regelmässig Stuhlgang? ja nein

Sie wurden betreut von Braendli Marco

1) Einführungsanamnese

Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Gesundheitslevel heute ein?



Wie fühlten Sie sich in den vergangenen 4 - 5 Wochen?



Was machen Sie beruflich? Körperliche Tätigkeit? Oder sitzende Tätigkeit?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- körperliche Inaktivität
- sitzende Arbeitsweise und wenig Sport
- sitzende Arbeitsweise und mäßiger Sport
- sitzende Arbeitsweise und intensiver Sport
- mäßige berufliche und sportliche Bewegung
- intensive berufliche und sportliche Bewegung

Erleben Sie Ihren Alltag an mehreren Tagen in der Woche voller Stress? ja nein

Rauchen Sie?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Nie Raucher
- Ex Raucher, Zigarrenraucher, Pfeifenraucher
- Zigarettenraucher, Zigaretten pro Tag:

Leiden Sie unter chronischer Bronchitis? ja nein

Leiden Sie unter Asthma?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Nein
- Ja

Wie ist Ihr Blutdruck? (siehe weiteren Schritt)

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Normal
- Tief
- Hoch

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Blut- Cholesterin (in mg%)

Sollte der Kunde seinen Cholesterinwert nicht angeben können, weisen Sie bitte daraufhin, dass in diesem Fall ein Mittelwert für die Auswertung verwendet wird und lassen Sie das Feld leer. Für eine genaue Auswertung sollte der persönliche Cholesterinwert aber vorliegen. Diesen kann man bei seinem Hausarzt erfragen bzw. ermitteln lassen.

mg%

Ist Ihre Blutgerinnung gestört (Bluter/in) ja nein**Haben Sie Diabeteserkrankungen in der Familie, leiden Sie selbst unter Diabetes?**

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Keine Diabeteserkrankung, auch nicht in der Familie
- Diabeteserkrankung in der Familie
- Gut eingestellte Diabeteserkrankung
- Schlecht eingestellte Diabeteserkrankung

Haben Sie Beschwerden mit Ihrem aktiven Bewegungsapparat (Muskeln, Sehnen, Bänder)? ja nein

Wenn ja, unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Haben Sie Beschwerden mit Ihrem passiven Bewegungsapparat (Knochen, Skelett)? ja nein

Wenn ja, unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Haben sie organische Beschwerden? ja nein

Wenn ja, unter welchen Beschwerden leiden Sie?

Haben Sie häufig Herzenge oder vom Arzt diagnostizierte Herzrhythmusstörungen? ja nein

Wenn ja, welches Leiden haben Sie?

Hatten Sie einen Herzinfarkt / Herzoperation? ja nein

Wenn ja, was hatten Sie?

Gibt es Herzerkrankungen in Ihrer Familie? Eltern oder Geschwister? Wie alt?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- keine atherosklerotische Herzerkrankungen in der Familie
- ein Elternteil > 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
- beide Elternteile > 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
- ein Elternteil < 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
- beide Elternteile < 60 mit atherosklerotischer Herzerkrankung
- Eltern und Geschwister < 60 mit atherosklerotischen Herzkrankheiten

Haben Sie in den vergangenen 5 Jahren eine Operation über sich ergehen lassen müssen? ja nein

Wenn ja, an was und warum wurden Sie operiert?

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Nehmen Sie Medikamente? (siehe weiteren Schritt) ja nein

Wenn ja, welche und wogegen sind diese Medikamente?

Müssen Sie bestimmte Medikamente ständig bei sich tragen? ja nein

Wenn ja, welche und wogegen sind diese Medikamente?

Waren Sie in den letzten 4 Wochen krank und/oder hatten Fieber?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Nein
 Erkältet
 Krank
 Erkältet und Krank

Leiden Sie im Moment unter einer Erkältung? ja nein**Ihre Körpergröße ist? (siehe weiteren Schritt)**

cm

Ihr aktuelles Körpergewicht ist? (siehe weiteren Schritt)

kg

Nur bei Frauen: Frage zu den Wechseljahren

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Noch keine Wechseljahre
 Noch keine Wechseljahre, Eierstöcke wurden entfernt
 In den Wechseljahren
 Nach den Wechseljahren

Sind Sie derzeit in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- Nein
 In ärztlicher Behandlung
 In physiotherapeutischer Behandlung
 In anderer Behandlung

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Work Ability Index

Sind Sie bei Ihrer Arbeit...

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- vorwiegend geistig tätig?
 vorwiegend körperlich tätig?
 etwa gleichermaßen geistig und körperlich tätig?

Derzeitige Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu der besten, je erreichten Arbeitsfähigkeit

Wenn Sie Ihre beste, je erreichte Arbeitsfähigkeit mit 10 Punkten bewerten: Wie viele Punkte würden Sie dann für Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit geben? (0 bedeutet, dass Sie derzeit arbeitsunfähig sind)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die körperlichen Arbeitsanforderungen ein?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- sehr gut
 eher gut
 mittelmäßig
 eher schlecht
 sehr schlecht

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Arbeitsfähigkeit in Bezug auf die psychischen Arbeitsanforderungen ein?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- sehr gut
 eher gut
 mittelmäßig
 eher schlecht
 sehr schlecht

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Kreuzen Sie in der folgende Liste Ihre Krankheiten oder Verletzungen an.

Geben Sie bitte auch an, ob ein Arzt diese Krankheiten diagnostiziert hat.

	eigene Diagnose	Diagnose vom Arzt	liegt nicht vor
Unfallverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Beeinträchtigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurologische und sensorische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen des Verdauungssystems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen im Urogenitaltrakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumore / Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hormon- / Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankheiten des Blutes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angeborene Leiden / Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Leiden oder Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behindert Sie derzeit eine Erkrankung oder Verletzung bei der Arbeit?

(Mehrfachauswahl möglich)

- Keine Beeinträchtigung / Ich habe keine Erkrankung
- Ich kann meine Arbeit ausführen, habe aber Beschwerden
- Ich bin manchmal gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
- Ich bin oft gezwungen, langsamer zu arbeiten oder meine Arbeitsmethoden zu ändern
- Wegen meiner Krankheit bin ich nur in der Lage, Teilzeitarbeit zu verrichten
- Meiner Meinung nach bin ich völlig arbeitsunfähig.

Wie viele ganze Tage blieben Sie aufgrund eines gesundheitlichen Problems (Krankheit, Gesundheitsvorsorge oder Untersuchung) im letzten Jahr (12 Monate) der Arbeit fern?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- überhaupt keinen
- höchstens 9 Tage
- 10-24 Tage
- 25-99 Tage
- 100-365 Tage

Glauben Sie, dass Sie, ausgehend von Ihrem jetzigen Gesundheitszustand, Ihre derzeitige Arbeit auch in den nächsten 2 Jahren ausüben können?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- unwahrscheinlich
- nicht sicher
- ziemlich sicher

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Haben Sie in der letzten Zeit Ihre täglichen Aufgaben mit Freude erledigt

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- häufig
 eher häufig
 manchmal
 eher selten
 niemals

Waren Sie in letzter Zeit aktiv und rege?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- immer
 eher häufig
 manchmal
 eher selten
 niemals

Waren Sie in der letzten Zeit zuversichtlich, was die Zukunft betrifft?

(Bitte nur eine Antwort angeben)

- immer
 eher häufig
 manchmal
 eher selten
 niemals

Sie wurden betreut von Braendli Marco

Richtigkeit der Angaben

Hiermit erkläre ich, dass ich das individuelle Trainingsprogramm von meinem Personaltrainer freiwillig und auf eigene Verantwortung aufnehme und durchführen werde. Ich fühle mich körperlich und geistig gesund und verpflichte mich, alle Fragen wahrheitsgemäss zu beantworten. Falls es meine körperlichen Voraussetzungen (internistische oder orthopädische Beschwerden o.ä.) erfordern, werde ich durch meinen Hausarzt ein entsprechendes Gutachten für eine Trainingsaufnahme ausstellen lassen. Bei plötzlichen Veränderungen meiner Befindlichkeit wie z.B. Übelkeit, Schwindel, Schmerz, Herzrasen oder ähnlichem, werde ich sofort meinen Trainer von PFT - Personal-Fitnesstraining unterrichten und gegebenenfalls das Training abbrechen. Ich werde PFT – Personal-Fitnesstraining im Bedarfsfall (nach Sportverletzungen oder Krankheiten) die Berichte der Ärzte, Spitäler oder Physiotherapien für einen gezielten Wiederaufbau der Strukturen Einsicht gewähren. Falls sich ausserhalb der Trainings mit PFT - Personal-Fitnesstraining an meinem Gesundheitszustand etwas verändert, werde ich meinen Personaltrainer darauf hinweisen.

Ort, Datum, Unterschrift Kunde/in

Datenschutz

Alle Daten von Ihnen unterliegen dem Datenschutz und der Schweigepflicht!
Somit werden Ihre Daten von PFT - Personal-Fitnesstraining absolut vertraulich behandelt! Diese Angaben dienen zur optimalen und gezielten Steuerung Ihres individuellen Trainingsprogramms.
PFT – Personal-Fitnesstraining wird niemals Daten von Ihnen an dritte weitergeben. Auf Ihren Wunsch kann PFT – Personal-Fitnesstraining Daten zur Optimierung der Trainingssteuerung an medizinische Organisationen, Ärzte, Therapeuten, Sport-Wissenschaftler mit Ausnahme weitergeben. Diese Personen oder Organisationen unterliegen ebenfalls dem Datenschutz.

Ort, Datum, Unterschrift Braendli Marco
PFT - Personal-Fitnesstraining

Ort, Datum, Unterschrift Kunde/in

PERSONAL-FITNESSTRAINING
IHR KOMPETENZPARTNER FÜR IHRE GESUNDHEIT
BRAENDLI MARCO

Sie wurden betreut von Braendli Marco