

## Gesundheitsfragebogen - Anamnese

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Sind Sie zum ersten Mal bei uns?  Ja  Nein

Wie gestaltet sich Ihre Arbeitsalltag?  sitzend  stehend  aktiv/ wechselnd

Betreiben Sie zurzeit auch andere Sportarten, wenn ja, welche und wie häufig?:

\_\_\_\_\_

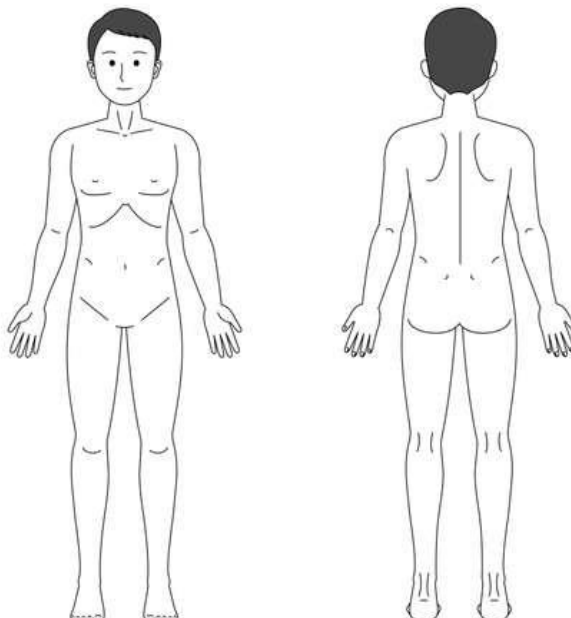
Welche Trainingsziele versprechen Sie sich?:

\_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihren gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand ein?:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
sehr schlecht                      mittelmäßig                      sehr gut

Wo haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat?:



Bitte wenden

**Haben Sie Herz-Kreislaufbeschwerden?:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck         | <input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck    | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenfehlfunktion   |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher     | <input type="checkbox"/> Thrombose/ Krampfadern | <input type="checkbox"/> Gicht  |
| <input type="checkbox"/> Herzklappen           | <input type="checkbox"/> Stents                 | <input type="checkbox"/> Asthma/ COPD   |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt            | <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2 |
|  | <b>Sonstiges</b>                                | <input type="checkbox"/> _____  |

**Neurologische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Psychologische Erkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

- Betablocker                       Blutverdünner

Sonstige: \_\_\_\_\_

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie alle Angaben nach bestem Wissen und der Wahrheit entsprechend gemacht haben.

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Kunde)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Betreuer/ Therapeut)