

## Anamnese Fitness und Gesundheit

Berater: Ebert, BERNB  
 Geschlecht:  männlich  weiblich  
 Vorname: PAUL  
 Nachname: BRANDLE  
 Strasse: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: 03/05/92  
 Beruf: Informations  
 zur Zeit tätig als: \_\_\_\_\_  
 Mobil: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

### Persönliche Fragen:

- Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
- Von wem wurde Ihnen das Fitness Island empfohlen?
- Wie lange überlegen Sie schon mit Fitness zu beginnen?
- Waren oder sind Sie bereits Mitglied in einem Fitnesscenter?
- Betreiben Sie eine andere Sportart?  
Wenn ja, welche?  
Wie oft wöchentlich?
- Was sind Ihre Trainingsziele?
- Trainieren Sie am Liebsten alleine, mit Ihrem Partner(in) oder in einer Gruppe?

Bruder  
" Peter Brandle  
schon länger  
JA Body Power  
 ja  nein  
Mua Thai  
2 x / w  
Muskelaufbau, Fettverbrennung 3 x / w  
mit Trainer  
Grunde Trainingspaar

Risikofaktoren für KHK-Erkrankungen:				Medizinische Fragen:		ja	nein
1. Alter	Über 45	10	<input type="checkbox"/>	9. Aktuelle Beschwerden:			
	Über 35	4	<input type="checkbox"/>				
	Unter 35	0	<input type="checkbox"/>				
2. Geschlecht	Männlich	2	<input type="checkbox"/>	a) Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	probleme / Schmerzen
	Weiblich	0	<input type="checkbox"/>	b) Wirbelsäule <u>LWS</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Pers. Fragen	Herzfehler/infarkt	40	<input type="checkbox"/>	c) Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Herzrhythmusstörungen	40	<input type="checkbox"/>	10. Beschwerden unter körperlicher Belastung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Keine Herzschwäche	0	<input type="checkbox"/>	11. Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	4. Familie	Herzinfarkt vor 60	16	<input type="checkbox"/>	12. Stoffwechselerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. Blutdruck	Herzinfarkt nach 60	6	<input type="checkbox"/>	13. Operationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Kein Herzinfarkt	0	<input type="checkbox"/>	14. Beschwerden infolge von Operation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	5. Blutdruck	Bluthochdruck bekannt	8	<input type="checkbox"/>	15. Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6. Rauchen	Wert unbekannt	4	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche:		<input checked="" type="checkbox"/>	
	Normal/tief	0	<input type="checkbox"/>	16. Schwangerschaft:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	2 Packungen und mehr	10	<input type="checkbox"/>	17. Sind Sie in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	1 bis 2 Packungen	6	<input type="checkbox"/>	Wenn ja, warum:		<input checked="" type="checkbox"/>	
7. Gewicht	Weniger als 1 Packung	3	<input type="checkbox"/>	18. Machen Sie zuzelt eine Diät?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Nichtraucher	0	<input type="checkbox"/>	19. Leiden Sie unter Stress?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	7. Gewicht	Übergewicht	4	<input type="checkbox"/>	20. Wurde je ein Belastungs-EKG durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
8. Bewegung	Normalgewicht	0	<input type="checkbox"/>	21. Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
	Gr - 100/+ - 10%	0	<input type="checkbox"/>	Total Punkte: <u>8</u> (Tabelle gemäss Dr. Probst)			
	Gew. <u>54</u> Gr: <u>192</u>	0	<input type="checkbox"/>	40 Punkte und mehr = Arztbesuch empfohlen			
8. Bewegung	Kein Training	10	<input type="checkbox"/>	20 - 39 Punkte = Gesundheitstraining			
	Regelm. 1 x pro Woche	2	<input type="checkbox"/>	0 - 19 Punkte = keine Trainingseinschränkung			
	Mind. 2 x pro Woche	0	<input type="checkbox"/>				

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit obenstehender Angaben

10/01/13

B'HOFFEN

Datum, Ort

Brandle

Unterschrift des Kunden