

**Persönliche Angaben**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Trainer\*in

	Ja	Nein	Nicht bekannt
<b>1. Ärztliche Behandlung / Medikamenteneinnahme</b>			
Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?			
falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?			
Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?			
<b>2. Atemwege</b>			
Leiden Sie an Problemen der Atemwege?			
falls JA: Welche?			
<input type="checkbox"/>	chronische Bronchitis		
<input type="checkbox"/>	Corona		
<input type="checkbox"/>	(Leistungs-) Asthma		
<input type="checkbox"/>	Andere: _____		
falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliche Risiko trainieren?			
<b>3. Herzrisikofaktor</b>			
Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herz“ und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen?			
Hatten Sie in den letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?			
Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperliche Belastung?			
Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben schon jemals das Bewusstsein verloren?			
Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems verschrieben?			
<b>4. Stoffwechsel</b>			
Liegt bei Ihnen ein Diabetes mellitus vor?			
falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliche Risiko trainieren?			
<b>5. Bewegungsapparat</b>			
Haben Sie Probleme an Gelenken, Knochen und/oder Muskeln, die sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnten? (Falls JA: Welche?)			
<input type="checkbox"/>	Rücken		
<input type="checkbox"/>	Schultern		
<input type="checkbox"/>	Knie		
<input type="checkbox"/>	Andere: _____		
falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliche Risiko trainieren?			

# ERSTGESPRÄCH (ANAMNESE)

ANGELEHNT AN DIE VORGABEN DER DIN 33961

6. ALLERGIEN		Ja	Nein	Nicht bekannt
Leiden Sie unter Allergien?				
falls Ja: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?				
falls Ja welche: _____				
<b>7. WAS SIND IHRE PERSÖNLICHEN ZIELE?</b>				
<b>8. WAS IHR PERSÖNLICHER ANTRIEB?</b>				
<b>9. KÖRPERDATEN</b>				
Aktuelles Körpergewicht in kg:		Wunschgewicht in kg:		Zeitraum (Monate):
<b>10. PAL-WERT</b>				
<input type="checkbox"/>	0.95 schlafen			
<input type="checkbox"/>	1.2 nur sitzend oder liegend			
<input type="checkbox"/>	1.4 - 1.5 sitzend, kaum körperliche Aktivität			
<input type="checkbox"/>	1.6 - 1.7 überwiegend sitzend, gehend und stehend			
<input type="checkbox"/>	1.8 - 1.9 hauptsächlich stehend und gehend			
<input type="checkbox"/>	2.0 - 2.4 körperlich anstrengende Arbeit			
<b>11. KCAL</b>				
Grundwert kcal:		Vermerk:		
PAL-Wert:				
Energieumsatz:				
minus kcal:				
plus kcal:				
Gesamtumsatz kcal:				
<b>12. NOTIZ</b>				