

# ANAMNESEBOGEN

## PERSÖNLICHE DATEN

NAME	VORNAME	GEB.-DATUM	TELEFON
STRASSE	PLZ & WOHNORT	EMAIL	
		FACEBOOK, INSTAGRAM, FREUNDE ETC...	
KÖRPERGRÖSSE (in cm)	KÖRPERGEWICHT (in kg)	WIE BIST DU AUF RPC AUFMERKSAM GEWORDEN?	

## ALLGEMEINZUSTAND

- Wie beurteilst du deine aktuelle körperliche Fitness?**  
 Sehr gut    Gut    Befriedigend    Ausreichend    Mangelhaft    Ungenügend
- Deine momentane berufliche Tätigkeit ist überwiegend...**  
 Sitzend    Sitzend, mit etwas Bewegung    Intensiver Belastung    Sehr stressig
- Wieviel Stress bist du in deinem Alltag ausgesetzt?**  
 Gar keinem    Wenig    Etwas    Etwas mehr    Viel    Sehr viel
- Wie viele Stunden verbringst du pro Tag durchschnittlich mit...**  
Trage die durchschnittliche Stundenzahl ein  
\_\_\_\_ Schlaf   \_\_\_\_ Arbeit   \_\_\_\_ Fahrwege   \_\_\_\_ Freunde / Familie   \_\_\_\_ TV   \_\_\_\_ Wartezeit

## ERNÄHRUNGSANAMNESE

- Hast du das Gefühl dich ausgewogen und bewusst zu ernähren?**    Ja    Nein
- Benötigst du Hilfe für eine ausgewogene und bewusste Ernährung?**    Ja    Nein
- Wie viele Liter Wasser nimmst du am Tag zu dir?**    < 1L    1 – 2L    2– 3L    > 3L

## GESUNDHEITSPRAGEN

	Ja	Nein	Wenn ja, welche?
1. Leidest du unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Bestehen Stoffwechsel-Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Leidest du unter Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Hast du Diabetes (Typ I oder Typ II)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Bestehen Schäden am Knochenapparat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Bestehen Schäden an Muskeln, Sehnen oder Bändern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Leidest du unter Verspannungen im Nackenbereich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Nimmst du Medikamente? Wenn ja, gegen was?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Leidest du unter sonstigen trainingsrelevanten Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## SPORTANAMNESE

1. **Wie oft treibst du bisher Sport pro Woche?** (1 Einheit = ca. 60 Minuten)

Gar nicht     1 Mal     2 Mal     3 Mal     4 Mal     5 Mal +

1.2 **Wenn „Gar nicht“ angekreuzt wurde, wann war das letzte Mal, dass du regelmäßig Sport betrieben hast?**

> 1 Monat     > 2 Monate     > 6 Monate     > 12 Monate

2. **Was sind deine Trainingsziele?** (Mehrfachnennung möglich)

Gewichtsreduktion um \_\_\_\_ kg

Gewichtszunahme um \_\_\_\_ kg

Muskelaufbau an folgenden Stellen:     Brust     Beine     Rücken     Arme  
 Schultern     Po     Bauch     Sonstige \_\_\_\_\_

Mehr Beweglichkeit an:     Sprunggelenk     Kniegelenk     Wirbelsäule  
 Schultern     Hüftgelenk     Sonstige \_\_\_\_\_

Allgemeine konditionelle Verbesserung

Gewebestraffung

Figuroptimierung

Ausgleich zum Beruf     Sonstiges \_\_\_\_\_

3. **Hast du ein Zielgewicht?**

Ja, \_\_\_\_ kg     nein

4. **Weshalb ist es dir so wichtig, diese Ziele zu erreichen?**

5. **Wie oft schaffst du es in den nächsten 90 Tagen definitiv pro Woche zu trainieren?**

1x     2x     3x     4x     5x oder mehr

6. **Wie lange darf eine Trainingseinheit maximal dauern?** (Warm Up bis letzte Wiederholung)

<30 Min     30 – 45 Min     45 – 60 Min     60 – 90 Min     90+ Min

7. **An welchen Tagen möchtest du bevorzugt trainieren?**

Montag     Dienstag     Mittwoch     Donnerstag     Freitag     Samstag     Sonntag

8. **Bei welchen komplexeren Übungen fühlst du dich sicher in der Ausführung?**

Kniebeuge     Kreuzheben     Hang Clean / Power Clean     Bankdrücken

9. **Bist du in einem Fitnessstudio angemeldet?**

Ja     Nein

10. **Kommt für dich ein Training im Fitnessstudio in Frage?**

Ja     Nein

11. **Wenn nein bei 8., wo möchtest du trainieren?**

Bei mir Zuhause     Draußen im Freien     An einem anderen Ort \_\_\_\_\_

12. **Wie sicher bist du dir, dieses Mal deine Ziele zu erreichen und Erfolge zu feiern?** (0 = Überhaupt nicht / 10 = 100%)

0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand. Weiterhin verpflichte ich mich, Veränderungen über meinen Gesundheitszustand umgehend bekannt zu geben. Mir ist bewusst, dass Romans Personal Coaching keinerlei Haftung für Schäden oder Verletzungen übernimmt, die während des Trainings geschehen. Ich nehme das Training in eigener Haftung und Risiko auf mich. Romans Personal Coaching verpflichtet sich, über die gemachten Angaben Stillschweigen zu bewahren und sie für Dritte unzugänglich aufzubewahren.

Datum, Ort

Unterschrift Kunde / Erziehungsberechtigter



**RPC**  
ROMANS PERSONAL COACHING

NR@RPC84.COM

RPC84.COM

01575/645 88 75

