

# Anamnesebogen

Ernährung / Bewegung

Werte Interessentin, werter Interessent!

Es freut mich, dass Sie die Absicht haben, sich von mir ein Stück Ihres Weges begleiten zu lassen. Ich möchte, dass Sie mit meiner Hilfe Ihre Ressourcen und Fähigkeiten für ein ausgeglichenes und erfülltes Leben verbessern und diese nach Ihrer Begleitung in Ihrem persönlichen Umfeld auch erhalten und weiter ausbauen können.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, diesen Fragebogen in Ruhe auszufüllen. Die Antworten dienen mir während Ihrer Begleitung als „roter Faden“ und werden natürlich von mir absolut vertraulich behandelt.

Persönliche Daten	
Anrede / Titel / Vorname / Name:	
Straße:	PLZ / Ort:
Telefonnummer:	Mobil:
E-Mail:	Geburtsdatum:
Familienstand:	Kinder:
Staatsbürgerschaft:	Sozialversicherungsnummer:

Körperdaten (optional)			
Größe:	Gewicht:	Körperfettanteil:	Blutzucker:
Blutdruck-Systolisch:	Blutdruck-Diastolisch:	Herzfrequenz-Ruhe:	Herzfrequenz-Maximal:
Hals:	Brust:	Taille:	Hüfte:
BMI (Body-Mass-Index):	THQ (Taille-Hüfte-Quotient):		

## 1. Problembeschreibung, Lebenssituation, Verhalten, Selbsthilfe:

Unter welchen Problemen (Beschwerden, Belastungen, Symptomen, ...) leiden Sie?

---

---

---

---

---

Was glauben Sie selbst, wie Ihre Probleme entstanden sind?

---

---

---

---

---

Was möchten Sie an Ihrer Lebenssituation verändern? Wie helfen Sie sich bereits selbst?

---

---

---

---

---

Wie haben Sie sich bisher geholfen?

---

---

---

---

---

## 2. Wünsche und Ziele:

Welches sind Ihre konkreten Ziele?

(Mehrfachnennungen sind möglich, aber setzen Sie bitte Prioritäten)

- Allgemeine Fitness .....
- Ausdauer / Cardio .....
- Bodyshaping .....
- Ernährungsumstellung .....
- Gesunde Ernährung .....
- Gewichtsaufbau .....
- Gewichtsreduktion .....
- Muskelaufbau .....
- Muskeldefinition .....
- Prävention .....
- Rehabilitation .....
- Wettkampf .....
- Wettkampfernährung .....
- Sonstiges .....

Sonstige Wünsche und Ziele:

.....

Wünsche: .....

.....

Ziele: .....

.....

## 3. Anamnese - Sport:

In welchen Sportarten haben Sie bereits Erfahrungen gesammelt?

- Ballsportarten .....
- Ausdauersport .....
- Kraftsport .....
- Kampfsport .....
- Schwimmsport .....
- Tanzsport .....
- Turnen .....
- Sonstiges .....

Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig sportliche Aktivitäten ausgeübt?

Wenn ja, welche (Einheiten / Woche)

.....

.....

.....

.....

Welche Art von Sport machen Sie am liebsten?

.....

.....

.....

.....

Was ist Ihre Hauptmotivation Sport zu treiben?

.....  
.....  
Haben Sie Ambitionen für einen Wettkampf?  
.....  
.....

.....  
.....  
Wieviel Zeit pro Woche wollen / können Sie für sportliche Aktivitäten aufbringen?  
.....  
.....

.....  
.....  
Wo wollen Sie vorwiegend trainieren?

Zu Hause

Im Fitnessstudio

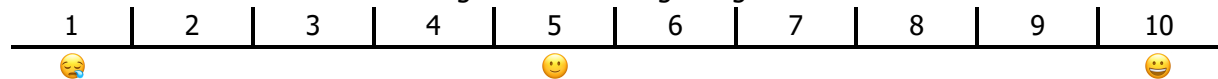
In der Natur

Im Büro / in der Arbeit

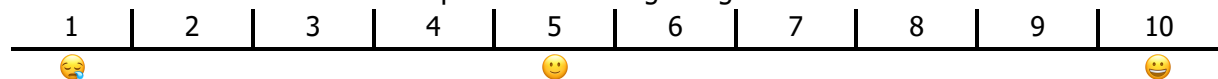
Abwechselnd

Sonstiges

.....  
.....  
Wie würden Sie Ihre momentane allgemeine Leistungsfähigkeit beschreiben?



.....  
.....  
Wie würden Sie Ihre momentane sportliche Leistungsfähigkeit beschreiben?



## 4. Anamnese - Lebensstil:

Was machen Sie beruflich?

.....

.....

.....

Wie arbeiten Sie vorwiegend?

- Sitzend
- Stehend
- Dynamisch (z. B. körperliche Arbeit)
- Gemischt
- Sonstiges

.....

.....

.....

.....

.....

Wie gelangen Sie zur Arbeit?

- Zu Fuß
- Mit dem Auto / Motorrad
- Mit dem Fahrrad
- Mit dem Zug / ÖPNV
- Ich arbeite zu Hause
- Sonstiges

.....

.....

.....

.....

.....

Wenn Sie die Wahl haben, nutzen Sie dann eher?

- Den Fahrstuhl / Aufzug
- Die Treppe

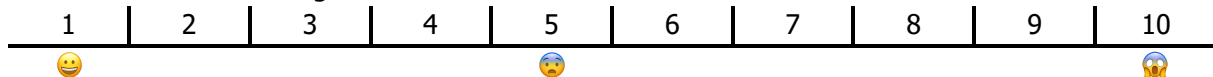
.....

.....

Worauf legen Sie in Ihrer Freizeit Wert?

- Sportliche Aktivitäten .....
- Körperliche Aktivitäten .....
- Entspannung .....
- Wellness .....
- Natur .....
- Sonstiges .....

Wie würden Sie Ihren allgemeinen Stressfaktor beschreiben?



Worauf würden Sie Ihren Stress hauptsächlich zurückführen?

- Arbeit .....
- Familie .....
- Beziehung .....
- Freizeit .....
- Sonstiges .....

Meine Energiespender (Dinge die mir Freude bereiten) sind:

.....

.....

.....

.....

.....

Wie sorgsam gehen Sie mit sich und Ihrem Körper um?

Schlaf:	Stunden:	.....	von	.....	bis	.....
Medikamente:	früher:	.....		heute:		.....
Drogen:	früher:	.....		heute:		.....
Alkohol:	früher:	.....		heute:		.....
Nikotin:	früher:	.....		heute:		.....
Junkfood:	früher:	.....		heute:		.....
Süßigkeiten:	früher:	.....		heute:		.....
Nahrungsergänzungsmittel: (Siehe auch Seite 11)	früher:	.....		heute:		.....
Kaffee / Schwarzer Tee:	früher:	.....		heute:		.....
Sonstiges:	früher:	.....		heute:		.....

Wie würden Sie Ihr Schlafverhalten beschreiben?

- Ich habe Einschlafstörungen .....  
.....
- Ich habe Durchschlafstörungen .....  
.....
- Ich fühle mich nach dem Schlaf erholt .....  
.....
- Ich fühle mich nach dem Schlaf wie gerädert .....  
.....
- Ich habe nach dem Schlaf oft Rückenschmerzen .....  
.....
- Ich habe nach dem Schlaf oft Kopfschmerzen .....  
.....
- Sonstiges .....  
.....



## 5. Anamnese - Ernährung:

### Ernährungsverhalten:

Fühlen Sie sich mit Ihrem Gewicht wohl? Ja      Nein

Möchten Sie abnehmen? Ja      Nein

Möchten Sie zunehmen? Ja      Nein

Machen Sie aktuell eine Diät? Ja      Nein

Wenn ja, welche? .....

Wenn ja, wie fühlen Sie sich dabei? .....

Haben Sie schon öfter eine Diät probiert? Ja      Nein

Wenn ja, welche? .....

Wenn ja, wie fühlten Sie sich dabei? .....

Wenn ja, hatten Sie dauerhaften Erfolg? Ja      Nein

Wenn nein, was waren die Gründe dafür? .....

Essen Sie gerne? Ja      Nein

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie täglich zu sich?

Essen Sie regelmäßig? Ja      Nein

Wenn ja, zu welchen Zeiten? .....

Haben Sie das Gefühl, sich ausgewogen zu ernähren Ja      Nein

Wenn nein, warum nicht? .....

### Ernährungsweise:

- Ich esse alles
- Vegetarier
- Veganer
- Paleo
- Pescetarier
- Frutarier
- Peganer
- Makrobiotiker
- Flexitarier
- Low Carb
- Trennkost
- Rohkost
- Sonstiges

Was essen Sie am liebsten?

.....

.....

Was essen Sie gar nicht?

.....

.....

Ernährungsbesonderheiten:

Haben Sie Heißhungerattacken auf Süßes? Ja Nein

Wenn ja, in welchen Situationen? .....

Haben Sie Heißhungerattacken auf Salziges? Ja Nein

Wenn ja, in welchen Situationen? .....

Haben Sie Verdauungsprobleme? Ja Nein

Wenn ja, in welchen Situationen? .....

Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Ja Nein

Wenn ja, welche? .....

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel zu sich? Ja Nein

Wenn ja, welche? .....

## 6. Anamnese - Medizinisch:

Ärztliche Behandlungen / Untersuchungen:

- Waren Sie im letzten halben Jahr in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum? .....

- Sind Sie momentan in rehabilitativer Behandlung?

Wenn ja, warum? .....

- Haben Sie momentan Schmerzen am Bewegungsapparat?

Wenn ja, wo? .....

- Haben Sie momentan Verletzungen am Bewegungsapparat?

Wenn ja, wo? .....

- Haben Sie momentan sonstige Beschwerden / Schmerzen?

Wenn ja, wo? .....

- Wurde bei Ihnen schon einmal eine Leistungsdiagnostik durchgeführt?

Wenn ja, wann? .....

- Wurde bei Ihnen schon einmal ein Belastungs-EKG durchgeführt?

Wenn ja, wann? .....

## Medikamenteneinnahme:

- Nehmen Sie momentan verschreibungspflichtige Medikamente ein?

Wenn ja, welche? .....

- Nehmen Sie momentan sonstige Medikamente ein?

Wenn ja, wann und wieviel? .....

## Leiden Sie unter oder hatten Sie jemals:

- Allergien .....

Angina Pectoris

Asthma

Bluthochdruck

Chronische Bronchitis

Chronische Entzündungen

Diabetes Mellitus  
(Wenn ja, welcher Typ?)

Erhöhte Blutfettwerte

Fettstoffwechselstörung

Gicht

Herzinfarkt

Krampfadern

Nierenerkrankungen

Operationen

Schilddrüsenüberfunktion

Schilddrüsenunterfunktion

Schlaganfall

Stoffwechselerkrankung

Verletzungen

Sonstiges

## 7. Zusätzliche Informationen:

Bitte zählen Sie hier alle zusätzlichen Informationen auf, die als direkte oder indirekte Ursache für Ihre Beschwerden in Frage kommen könnten:

(Bitte schreiben Sie ohne Zensur alles auf - auch zu Tabuthemen wie familiären Geheimnissen / Belastungen, Erkrankungen, Sexualität, ...)

---

---

---

---

---

---

---

---

Wenn für Sie bei der Begleitung alles optimal läuft, was hat sich für Sie dann verändert?

(Bitte schreiben Sie ohne Zensur alles auf - also auch die Dinge, deren Verwirklichung Sie sich heute vielleicht noch nicht vorstellen können)

---

---

---

---

---

---

---

---

Was möchten Sie mir sonst noch mitteilen?

---

---

---

---

Haben Sie im Vorfeld noch Fragen an mich?

.....

.....

.....

.....

Wie fühlen Sie sich jetzt nach der Beantwortung der Fragen?

.....

.....

.....

.....

Hiermit bestätige ich, den Anamnesebogen nach bestem Wissen und Gewissen wahrheitsgemäß bearbeitet zu haben.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....