



Eingangsfragebogen

_____	_____
Name	Vorname
_____	_____
Straße	Geburtstag
_____	_____
PLZ / Wohnort	Telefon
_____	_____
Beruf () sitzend () stehend	E-Mail
_____	_____
Name Hausarzt	Telefon Hausarzt

SPORTANAMNESE

Sind sie sportlich aktiv?

Ja () Nein ()

Wenn ja, welche Sportarten betreiben Sie?

Wie oft? ____ X Woche für ca _____ Minuten

INTERNISTISCHE ANAMNESE

Waren Sie in den letzten 12 Monaten in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, weshalb? _____

Leiden Sie unter einer Herz- / Kreislaufkrankung? () Ja () Nein

Wenn ja, welche: _____

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung? () Ja () Nein

Wenn ja, welche: _____



Leiden Sie an Gicht? () Ja () Nein

Leiden Sie an Rheuma? () Ja () Nein

Leiden Sie an Osteoporose? () Ja () Nein

Leiden Sie an Gleichgewichtsstörungen? () Ja () Nein

Haben Sie sonstige Beschwerden? () Ja () Nein

Wenn ja, welche: _____

Nehmen Sie zur Zeit verschreibungspflichtige Medikamente? () Ja () Nein

Wenn ja, welche: _____

Frauenspezifisches: () Schwangerschaft () stillende Mutter () Kaiserschnitt
() Hormone () Pille

sonstiges: _____

ANAMNESE DES BEWEGUNGSAPPARATES

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? () Ja () Nein

Wirbelsäule: () HWS () BWS () LWS () SWS

() Schultergelenk () Ellenbogengelenk () Handgelenk

() Hüftgelenk () Kniegelenk () Fußgelenk

() sonstiges: _____

Welcher dieser Beschwerden sind Folgen einer Verletzung?

Welche Behandlung hatten Sie bisher wegen dieser Beschwerden?

LIFESTYLE-ANALYSE

Wo würden Sie Ihren momentanen Zustand für folgende Bereiche einordnen?

(Skala: 1 = ausgezeichnet, 10 = sehr schlecht)

Entspannung ___ Ernährung ___ Fitness ___ Gesundheit ___ Privat ___



ZIELSETZUNG und Wünsche

Warum nehmen Sie an diesem Kurs teil? Was sind ihre Ziele und Wünsche?

Beschreiben Sie stichpunktartig ihren alltäglichen Tagesablauf (mit Uhrzeit):

ALLGEMEINE INFORMATION

Wie sind Sie auf Susanne Böhm Personal Coach aufmerksam geworden?

Warum haben Sie sich für ein Angebot / Personaltraining entschieden?

Vielen Dank für Ihre ehrlichen Antworten!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand. Susanne Böhm übernimmt für Schäden keinerlei Haftung.

Datum

Unterschrift