

ANAMNESEBOGEN

TEIL I



Martina Altmannsberger
Personal Fitness Trainerin
mit TÜV Rheinland geprüfter Qualifikation

1. ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Geschlecht weiblich männlich

Telefonnummer

E-Mail

Beruf Vollzeit Teilzeit

2. IHRE ZIELE

- Verbesserung der Leistungsfähigkeit
- Verbesserung des Wohlbefindens
- Verbesserung der Gesundheit
- Verbesserung des Aussehens
- Reduzierung von Schmerzen
- Aufbau von Muskulatur
- Abbau von Körperfett
- Sonstiges: _____

BISHERIGE VERSUCHE DAS/DIE OBEN GENANNT(E)N ZIEL(E) ZU ERREICHEN:

Durch Ernährung? Ja Nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie die Versuche, wie z. B. Diäten):

Durch Sport? Ja Nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm: Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität etc.):

ANAMNESEBOGEN

TEIL I



Martina Altmannsberger
Personal Fitness Trainerin
mit TÜV Rheinland geprüfter Qualifikation

3. ANGABEN ZUR AKTUELLEN ERNÄHRUNGSSITUATION

WIE SCHÄTZEN SIE IHRE ERNÄHRUNG EIN?

sehr gesund gesund nicht sonderlich gesund ungesund

(falls nicht sonderlich gesund oder ungesund, bitte geben Sie den Grund dafür an):

keine Zeit

ich kann nicht gesund kochen

kein gesundes Angebot (z. B. Kantine, Mensa, o. ä.)

gesundes Essen schmeckt mir nicht

sonstige Gründe

WO NEHMEN SIE IHRE MAHLZEITEN EIN?

Frühstück: zu Hause unterwegs

auswärts: Kantine/Mensa Restaurants Imbiss

Mittag: zu Hause unterwegs

auswärts: Kantine/Mensa Restaurants Imbiss

Abend: zu Hause unterwegs

auswärts: Kantine/Mensa Restaurants Imbiss

BESCHREIBEN SIE STICHPUNKTARTIG EINE GEWÖHNLICHE MAHLZEIT

(Z. B. 2 BRÖTCHEN MIT KÄSE...):

Frühstück: _____

Mittag: _____

Abend: _____

Snacks: _____

Sonstiges: _____

ANAMNESEBOGEN

TEIL I



Martina Altmannsberger
Personal Fitness Trainerin
mit TÜV Rheinland geprüfter Qualifikation

WIE HÄUFIG TRINKEN SIE DURCHSCHNITTLICH ALKOHOHOL?

täglich 3x/Woche 1x/Woche 2x/Monat 1x/Monat selten/nie

Falls 1x/Woche oder häufiger: Welche Alkoholsorten trinken Sie?

Bier Wein Spirituosen

WIE HOCH SCHÄTZEN SIE IHREN TÄGLICHEN KALORIENBEDARFEIN? kcal

WIE HOCH SCHÄTZEN SIE IHRE TÄGLICHE KALORIENZUFUHREREIN? kcal

MACHEN SIE DERZEIT EINE DIÄT? Ja Nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie diese):

TREIBEN SIE DERZEIT SPORT? Ja Nein

(falls ja, bitte beschreiben Sie das Sportprogramm: Art, Häufigkeit, Dauer, Intensität):

SIND SIE DERZEIT SCHWANGER? Ja Nein

LEIDEN SIE UNTER NAHRUNGSMITTELALLERGIEN? Ja Nein

(falls ja, welche?):

LEIDEN SIE UNTER SONSTIGEN ERKRANKUNGEN ODER HABEN SIE DERZEIT BESCHWERDEN?

(falls ja, welche?): Ja Nein

NEHMEN SIE DERZEIT MEDIKAMENTE ODER SUPPLEMENTE EIN? Ja Nein

(falls ja, welche?):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gegen Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Mineralien |
| <input type="checkbox"/> Entwässerungstabletten (Diuretika) | <input type="checkbox"/> Cholesterinsenker |
| <input type="checkbox"/> gegen zu hohen Blutzucker | <input type="checkbox"/> Vitamine |
| <input type="checkbox"/> gegen Schilddrüsenüberfunktion | <input type="checkbox"/> gegen Schilddrüsenunterfunktion |

Sonstige:

ANAMNESEBOGEN

TEIL II



Martina Altmannsberger
Personal Fitness Trainerin
mit TÜV Rheinland geprüfter Qualifikation

(Die folgenden Felder sind nur vom Ernährungsberater auszufüllen!)

KÖRPERZUSAMMENSETZUNG

Gewicht: kg Wunschgewicht: kg Differenz: kg
Größe: cm Hüftumfang: cm Taillenumfang: cm
BMI: Körperfettanteil: %

(falls Bestimmung messmethodisch möglich):

Viszerales Fett %
Muskelanteil %

- Grundumsatz: kcal
- geschätzter Leistungsumsatz: kcal
- täglicher Energiebedarf: kcal
- aus Ernährungstagebuch errechnete, durchschnittliche Tagesenergiezufuhr: kcal
- tägliche Energiebilanz: kcal

NOTIZEN:
