

## ANAMNESE

*Mindestanforderungen für die Aufnahme in den SPTF*

### Personalien:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Mobile: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Grösse: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

Beruf & Arbeitspensum: \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie im Schichtbetrieb?  Ja  Nein

Erwartungen / Zielsetzung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Persönliche Fragen:

Familienstand / Kinder? \_\_\_\_\_

Was sind Ihre Hobbies? \_\_\_\_\_

Haben sie Allergien? \_\_\_\_\_

Aktuelle Erkrankungen / Medikamente / Schmerzen:

\_\_\_\_\_

Sind sie Raucher/in?  Nein  Ja, pro Tag \_\_\_\_\_ Stück

Gibt es aktuell andere Therapeuten / Berater / Behandlungen:

\_\_\_\_\_

**Bewegung**

Wie oft treiben Sie pro Woche Sport oder körperliche Aktivitäten?

- Nie                       1-2 Mal                       3-4 Mal                       5 Mal oder mehr

Wie würden Sie Ihre allgemeine Gesundheit einschätzen?

- Sehr gut                       Gut                       Befriedigend                       Schlecht

Wie viel Zeit verbringen Sie täglich mit körperlicher Aktivität (z.B. Gehen, Radfahren, Sport)?

- Weniger als 30 Minuten
- 30-60 Minuten
- 1-2 Stunden
- Mehr als 2 Stunden

Welche Art von körperlicher Aktivität betreiben Sie am häufigsten?

- Ausdauersport (z.B. Laufen, Radfahren)
- Krafttraining (z.B. Fitnessstudio)
- Freizeitaktivitäten (z.B. Tanzen, Wandern)
- Keine regelmäßige Aktivität

**Medizinische Themen**

Aktuelle Erkrankungen / Medikamente / Schmerzen:

---

|                                     |                             |                               |       |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| Rückenprobleme?                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Gelenkprobleme?                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Operationen in den letzten 2Jahren? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Blutdruckbeschwerden (tief/hoch)?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Asthma?                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Kreislaufprobleme?                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Schwangerschaft?                    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Sind Sie in ärztlicher Behandlung?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Herz- Lungenerkrankungen?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Stoffwechselbeschwerden (Diabetes)  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | _____ |
| Ander gesundheitliche Probleme?     |                             |                               | _____ |

Wie würden Sie Ihr aktuelles Stressniveau auf einer Skala von 1 bis 10 bewerten?  
(1 = sehr niedrig, 10 = sehr hoch)

---

1

5

10

Ich habe diesen Fragebogen mit meiner Trainerin ausgefüllt und besprochen. Die Angaben sind wahrheitsgetreu und korrekt. Alle Angaben von diesem Fragebogen werden vertraulich behandelt.

Wenn Sie obige Fragen mehrmals mit «JA» beantwortet haben, besteht ein erhöhtes gesundheitliches Risiko und es wird empfohlen vor der Aufnahme des Trainings eine ärztliche Abklärung einzuholen.

Ich bin mir bewusst, dass ich ein erhöhtes gesundheitliches Risiko habe, möchte aber auf eine ärztliche Abklärung verzichten und mit dem Training beginnen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Kunden: \_\_\_\_\_