



# Eingangsfragen & Anamnesebogen

## Persönliche Angaben

**Name** ..... **Mitgliedsnr.** .....

**Vorname** ..... **Geburtsdatum** .....

**Straße** ..... **Größe** .....

**PLZ Ort** ..... **Gewicht** .....

**Telefon** ..... **E-Mail** .....

## Gesundheitszustand

Haben Sie Beschwerden, Erkrankungen, akute Verletzungen, steht eine Operation bevor, o.ä.?

Ja  nein

wenn ja, welche?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf-Probleme              | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt / Angina Pectoris |
| <input type="checkbox"/> Blutdruck                            | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose               |
| <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörungen (Krampfadern) | <input type="checkbox"/> Rheumatische Beschwerden      |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Verspannungen                 |
| <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen                      | <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme                |
| <input type="checkbox"/> Brüche                               | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung               |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose                          |  |

Sonstiges .....

Nähere Erläuterungen: .....

Nehmen Sie regelmäßig/aktuell Medikamente ein?  ja  nein

Wenn ja, welche? .....

Gibt es ärztliche Bedenken gegen sportliches Training unter fachlicher Aufsicht & Betreuung?

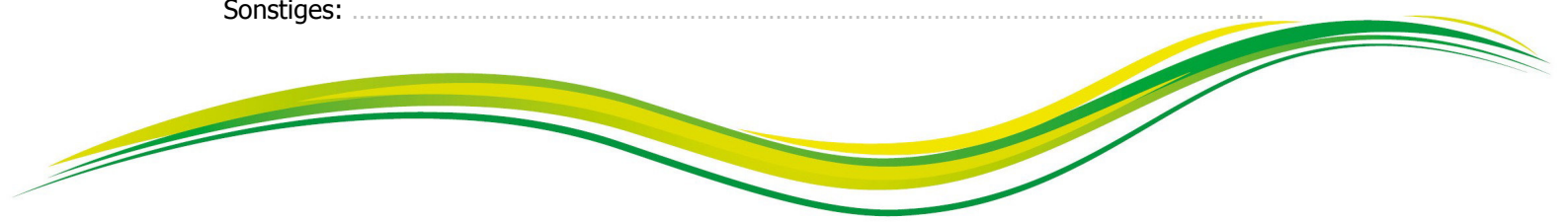
ja  nein behandelnder Arzt: .....

## Sportliche Zielsetzung

mein besonderes Interesse:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fitnesstraining / Kraftzuwachs                                  | <input type="checkbox"/> Prävention                      |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauftraining /Ausdauer verbessern                     | <input type="checkbox"/> Stressbewältigung / Entspannung |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsreduzierung   | <input type="checkbox"/> Sportartspezifisches Training   |
| <input type="checkbox"/> Spezielles Figurtraining / Gewebe straffe                       | <input type="checkbox"/> Neue Kontakte knüpfen           |
| <input type="checkbox"/> Positive Beeinflussung bestehender Beschwerden / Rehabilitation |  |

Sonstiges: .....



Treiben Sie regelmäßig Sport?  ja  nein  
 wenn ja, welche Sportart? .....

Haben Sie bereits Erfahrung mit Gerätetraining?  ja  nein

Wie oft beabsichtigen Sie wöchentlich zu trainieren?  1x  2x  3x  4x oder mehr

Wie viel Zeit haben Sie pro Trainingseinheit? ca. .... Minuten

Wie schätzen Sie Ihre persönliche Fitness ein?

sehr gut  gut  mittelmäßig  weniger gut

Rauchen Sie?  ja  nein

Welcher Art gestaltet sich Ihre berufliche Tätigkeit?

stehend  sitzend  mit starker körperlicher Belastung  schon in Rente

### Datenschutz

Die Beantwortung, auch einzelner Fragen, ist freiwillig. Ihre Antworten werden selbstverständlich im Rahmen des Datenschutzes behandelt und dienen lediglich zu Ihrer und unserer Absicherung. Zudem möchten wir Sie gern über interessante Vereinsangebote informieren dürfen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

### Haftungsausschlusserklärung

Mein Training im SGL Gesundheitsstudio erfolgt in eigener persönlicher Verantwortung. Ich schließe deshalb sämtliche eventuellen Haftungsansprüche gegenüber der Sportgemeinschaft Langenfeld, insbesondere solche, die aus eventuellen gesundheitlich-medizinischen Problemen als Folge des Trainings entstehen können, hiermit ausdrücklich aus.

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)

\_\_\_\_\_  
 Trainer/in

<b>Blutdruck</b>	
------------------	--

Aufwärmen						
Nr.	Übung	S	Wh	Kg	Einstellungen	Bemerkungen
