

Vorname: _____ Name: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: _____

Adresse: _____

E-Mailadresse: _____ Telefonnummer: _____

In persönlicher Anamnese:

Größe: _____ Gewicht: _____

BMI (Body-Mass-Index): _____ Körperfettanteil: _____

Viszeralfett: _____ Muskelmasse & Verteilung (Dysbalancen): _____

Grundumsatz: _____ Stoffwechseleralter _____

Messungsdatum und -uhrzeit: _____

Bandmaße:

Brust: _____ Taille: _____ Hüfte: _____

Oberarme: _____ Oberschenkel: _____

Fotos:

Vorher Nachher

Erkrankungen / Beschwerden / Einschränkungen / Belastungen:

Herz-Kreislauf-System _____ Orthopädisch (Hüfte, Knie, etc.) _____

Diabetes _____ Lungenerkrankungen (Asthma) _____

Andere Vorerkrankungen: _____

Akute Erkrankungen (Diagnose, Datum): _____

Operationen: _____

Schwangerschaft: ja nein

Entbindung spontan Kaiserschnitt Wann: _____

Rückbildung: ja nein

Raucher (wieviel/Tag): _____ Alkohol (wie oft pro Woche): _____

Allergien, Unverträglichkeiten: _____

Alltags- / Berufsbelastung: stehend (Std.) _____ sitzend (Std.) _____

Stressbelastung (Std.): immer häufig manchmal selten

Medikamente: ja nein

Welche: _____

Sportliche Vorerfahrungen:

Wann das letzte Mal: _____ Welche Sportart: _____

Häufigkeit in der Woche: 1 mal 2-3 mal mehr als 3 mal

Blutwerte:

Blutwerte vorhanden: ja nein

Triglyceridspiegel: unter 150mg/dl 150-200mg/dl über 200mg/dl

Cholesterinspiegel: unter 200mg/dl 200-240mg/dl über 240mg/dl

Blutzuckerspiegel (nüchtern): unter 100mg/dl 100-200mg/dl über 200mg/dl

Harnsäurewert (bei Frauen): bis 5,7mg/dl bis 6,4mg/dl über 6,4mg/dl

Harnsäurewert (bei Männern): bis 7,0mg/dl bis 8,2mg/dl über 8,2mg/dl

Blutdruck: niedrig normal hoch

Herz:

Ruhepuls: _____

Herzfrequenz (HFmax.): _____

Ernährung:

Ernährungsprotokoll erhalten: ja

Ernährungsziel: _____

Beschreibung des Essverhaltens: eher regelmäßig eher unregelmäßig

Wurden schon Diäten ausprobiert: ja nein

Wie viele Mahlzeiten am Tag: 1 bis 2 2 bis 3 3 bis 4 mehr als 4

Wie viel Zeit pro Mahlzeit: 5 Minuten 10 Minuten 20 Minuten > 20 Minuten

Wie viele Snacks am Tag: 1 bis 2 2 bis 3 3 bis 4 mehr als 4

Nahrungsergänzungsmittel: ja nein

Welche: _____

Datum und Unterschrift Klient

Datum und Unterschrift Nina Trolle