

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

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

Adresse: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**In persönlicher Anamnese:**

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

BMI (Body-Mass-Index): \_\_\_\_\_ Körperfettanteil: \_\_\_\_\_

Viszeralfett: \_\_\_\_\_ Muskelmasse & Verteilung (Dysbalancen): \_\_\_\_\_

Grundumsatz: \_\_\_\_\_ Stoffwechselalter \_\_\_\_\_

Messungsdatum und -uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Bandmaße:**

Brust: \_\_\_\_\_ Taille: \_\_\_\_\_ Hüfte: \_\_\_\_\_

Oberarme: \_\_\_\_\_ Oberschenkel: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

**Zeitlicher Rahmen (Trainingshäufigkeit und Dauer):**

Mikrozyklus                       Mesozyklus                       Makrozyklus

**Sportliche Vorerfahrungen:**

Wann das letzte Mal: \_\_\_\_\_ Welche Sportart: \_\_\_\_\_

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

**Trainingsziel:**

Steigerung Ausdauer:             ja                       nein

Steigerung Kraftausdauer:       ja                       nein

Muskelaufbau (Hypertrophie):  ja                       nein

Koordination:                       ja                       nein

Beweglichkeit:                     ja                       nein

Schnelligkeit:                       ja                       nein

Rumpfkraft/Stabilität:           ja                       nein

Spezielles Training  
großer Muskelgruppen:         ja                       nein

Gewichtsreduktion:               ja                       nein

**Hintergrundinformationen:**

Ruhepuls: \_\_\_\_\_

Blutdruck:                       niedrig                       normal                       hoch

Herzfrequenz (HFmax.): \_\_\_\_\_

Sportliche Verletzungen:         ja                       nein

Welche: \_\_\_\_\_

---

Datum und Unterschrift Klient

---

Datum und Unterschrift Nina Trolle