ERFASSUNGSBOGEN ERSTANAMNESE

Persönliche Daten

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Vorname: |  |
| Adresse: |  |
| Geburtstag: |  |
| Age: |  |
| Familienstatus/Kinder: |  |
| Geschlecht: |  |

Kontaktdaten

|  |  |
| --- | --- |
| E-Mail: |  |
| Telefon: |  |

Körperdaten

|  |  |
| --- | --- |
| Größe: |  |
| Gewicht:  |  |
| Taillenumfang (schmalste Stelle des Bauches, komplett ausatmen): |  |
| Hüftumfang (breiteste Stelle der Hüfte): |  |
| Halsumfang (Nacken entspannt, etwas nach vorne gebeugt): |  |
| Oberschenkelumfang (entspannt, breiteste Stelle des Schenkels): |  |

Allgemeine Aktivität

|  |  |
| --- | --- |
| Beruf: |  |
| Freizeitaktivitäten: |  |

Gesundheit

Haben Sie Unverträglichkeiten bzw. Allergien?

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, welche? |  |

Haben Sie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems? (Herzkreislaufbeschwerden, Schlaganfall, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzprobleme, Stechen, Engegefühl, Rhythmusstörungen, o. Ä.)

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, welche? |  |

Haben Sie orthopädische Beschwerden? (Osteoporose, Arthrose, Knochenbrüche, Operationen, Bandscheibenvorfall, Knieverletzungen oder ähnliche Einschränkungen im Bewegungsapparat)

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, welche? |  |

Gibt es äußere Körperzonen, die Sie als besonders verspannt, verkrampft, einschränkend oder unelastisch empfinden?

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, welche? |  |

Haben Sie Rückenschmerzen?

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, wo genau? |  |

Nehmen Sie Medikamente ein?

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |  |
| Wenn ja, welche? |  |

Gibt es bekannte Krankheiten in Ihrer Familie (Diabetes, Bluthochdruck, Alzheimer, Herzinfarkt, o.Ä.):

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, welche? |  |

Haben Sie gesundheitliche Einschränkungen, die oben nicht erwähnt wurden?

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, wo genau? |  |

Essverhalten

Welche Lebensmittel mögen Sie geschmacklich nicht?

|  |
| --- |
|  |

Auf welche Lebensmittel möchten Sie ungern verzichten?

|  |
| --- |
|  |

Welche Nahrungsmittel schmecken Ihnen besonders gut?

|  |
| --- |
|  |

Zu welcher Tageszeit haben Sie am meisten Hunger und wann am wenigsten?

|  |
| --- |
|  |

Leiden Sie an Heißhungerattacken? Wenn ja, um welche Tageszeit?

Wie häufig treten diese auf? Gibt es bestimmte Ereignisse vorher oder nachher?

|  |
| --- |
|  |

Wie viel Zeit nehmen Sie sich im Schnitt beim Essen? (für welche Mahlzeit und an welchen Wochentagen?)

|  |
| --- |
|  |

Essen Sie allein, mit Familie/Freunde/Kollegen?

|  |
| --- |
|  |

Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel zu sich?

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, welche? |  |

Trinken Sie Alkohol?

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, Wie oft? und wie viel? |  |

Welche Ernährungsform/Diät haben Sie in der Vergangenheit ausprobiert und mit welchem Erfolg? Was hat Ihnen gefallen und was nicht? Woran ist es ggf. gescheitert?

|  |
| --- |
|  |

Geben Sie hier grob an, was Sie üblicherweise essen und trinken (mit Mengenangaben, wenn möglich):

|  |  |
| --- | --- |
| Frühstück: |  |
| Mittagessen: |  |
| Zwischenmahlzeiten: |  |
| Abendessen: |  |
| Flüssigkeiten: |  |

Ernährung

Warum haben Sie sich für eine Ernährungsberatung entschieden, bzw. was erwarten Sie von der Ernährungsberatung?

|  |
| --- |
|  |

Was möchten Sie genau erreichen?

|  |
| --- |
|  |

Bis wann wollen Sie das Ziel erreicht haben?

|  |
| --- |
|  |

Was ist Ihre Motivation, um auch in schweren Zeiten mit sinnvoller Ernährung weiterzumachen

und nicht aufzugeben?

|  |
| --- |
|  |
| Wunschgewicht |  |

Training

Warum haben Sie sich für ein personal Training entschieden, bzw. was erwarten Sie von einem Personal Training?

|  |
| --- |
|  |

Was möchten Sie genau erreichen?

|  |
| --- |
|  |

Bis wann wollen Sie das Ziel erreicht haben?

|  |
| --- |
|  |

Nennen Sie Ihre aktiven Hobbys und Leidenschaften:

|  |
| --- |
|  |

Absolvieren Sie aktuell ein Trainingsprogramm?

|  |
| --- |
| Ja |[ ]
| Nein |[ ]
| Wenn ja, was, wie oft? |  |

Welche Trainingsprogramme haben Sie in der Vergangenheit ausprobiert und mit welchem Erfolg? Was hat Ihnen gefallen und was nicht?

|  |
| --- |
|  |

Wie oft pro Woche möchten Sie sich für Training Zeit nehmen? Wie lange pro Einheit?

|  |
| --- |
|  |

Welches Equipment haben Sie zu Hause? (Gummibänder, Kettle Bells, Kurz-Langhanteln, Bälle, Medizinbälle, o.Ä.) Wie schwer sind die Gewichte, falls zutreffend?

|  |
| --- |
|  |

Motivation

Gibt es jemanden der Sie bei den oben genannten Zielen unterstützt?

|  |
| --- |
|  |

Was muss ich Ihnen bieten, damit Sie sich wohlfühlen?

|  |
| --- |
|  |

Sind Sie jetzt an dem Punkt angekommen, an dem Sie wirklich etwas ändern wollen?

|  |
| --- |
|  |

Mir ist bewusst, dass falsche Beantwortungen/Verschweigen von Punkten und somit unter Umständen falsche Beratung gravierende Auswirkungen auf meine künftige Gesundheit haben kann.

Ich versichere, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe und dass ich Sie unverzüglich informiere, falls sich künftig etwas and den aktuellen Umständen ändern sollte.

Ich bin damit einverstanden, dass Svenja Simon meine persönlichen Daten verarbeitet, insbesondere:

* Stammdaten (Vorname, Nachname, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum),
* meine angeforderten Dienstleistungen und meine persönlichen Vorlieben,
* spezielle Daten wie Trainings- und medizinische Daten (Anamnese, Trainingsleistung, Vitalwerte, Leistungsstatistik)

für die folgenden Zwecke innerhalb der Prämisse:

* Beratung interessierter Services, Ausstellung und Verwaltung von Gutscheinen einschließlich Kundensystemen, Rechnungsstellung und Überprüfung
* Verkauf und Rechnungsstellung von Dienstleistungen im Zusammenhang mit Dienstleistungen, Buchhaltung, Korrespondenz mit Kunden und externen Trainern, Mitarbeitern und anderen Geschäftspartnern.
* Ausführung der Services, einschließlich Terminvereinbarung, Gruppentraining, Buchung zusätzlicher Dienste, Beratung der Kunden

Ich möchte, dass alle Dienstleistungen so effektiv und effizient wie möglich ausgeführt werden und dass meine speziellen Kundenwünsche weiterhin berücksichtigt werden. Damit ich einen optimalen Kundenservice erhalten kann, stimme ich zu, dass

* Alle meine Daten, wie in diesem Dokument angegeben über die Dauer meiner Geschäftsbeziehung mit Svenja Simon und Svenja Simon hinaus gespeichert werden können und
* höchstens 1 Jahr nach gesetzlicher Anforderung zur Aufbewahrung von Aufzeichnungen gespeichert werden,

damit diese Daten verwendet werden können, um Kundenbeziehungen zu erstellen, wie von mir angegeben.

Mir wurde mitgeteilt, dass ich berechtigt bin, diese Einverständniserklärung jederzeit teilweise oder vollständig zu widerrufen.

Ich bestätige, dass ich die Datenschutzrichtlinien von Svenja Simon auf ihrer Website www.svenjathetrainer.com gelesen habe und mit diesen einverstanden bin.