**Hinweis:**

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens im Vorfeld einer Trainings- oder Therapieeinheit.

Die mit dem Anamnesebogen vorab gesammelten Informationen beschleunigen den Behandlungs- und Trainingserfolg, da die meisten Leistungseinschränkungen, Beschwerden oder Verletzungen auf die individuelle Geschichte zurückzuführen sind. Daher ist jede auch noch so unscheinbare Information wichtig, selbst eine Narbe vom Einstich einer Injektionsnadel.

Selbstverständlich werden alle persönlichen, medizinischen und gesundheitlichen Informationen vertraulich behandelt.

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname:** |  |
| **Nachname:** |  |
| **E-Mail-Adresse:**  **Telefonnummer:** |  |

1. **Was ist der Hauptgrund Ihres Interesses an Personal Training?** (Leistungsoptimierung, Schmerz, Prophylaxe, aktuelle oder ältere Verletzung, Leistungseinschränkung)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bitte geben Sie kurz Auskunft über Ihre sportlichen Aktivitäten im Alltag:**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bitte geben Sie eine kurze Information über vergangene und aktuelle Verletzungen, Traumata oder Unfälle bezogen auf den OBERKÖRPER:** (inklusive Kopf, z.B. Gehirnerschütterung, Kopfstöße, Nacken wie z.B. Schleudertrauma, Schulter, Ellenbogen, Handgelenke, Finger, z.B. gebrochene Knochen, Muskelzerrungen und Narben in den benannten Bereichen)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bitte geben Sie eine kurze Information über vergangene und aktuelle Verletzungen, Traumata oder Unfälle bezogen auf den UNTERKÖRPER** (inklusive gebrochenen Knochen, Knöcheltrauma, Bänderdehnung oder -risse, Muskelzerrungen oder Narben in den Hüften, Knien, Knöcheln, Füßen und Zehen)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bitte geben Sie eine kurze Information über vergangene und aktuelle Verletzungen, Traumata oder Unfällen bezogen auf die WIRBELSÄULE** (inklusive degenerativer Erscheinungen, gebrochene Wirbelkörper, Bandscheibenverletzungen, Verletzungen des Bandapparats, Muskelzerrungen, vom Nacken bis zum Steißbein)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bitte geben Sie eine kurze Information über vergangene Operationen:** (medizinische Untersuchungen, Kieferbehandlungen, konventionelle Behandlungen, auch Schwangerschaft und Geburt)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bei Schmerzen: Wie äußern sich die Schmerzen?** (wie oft, wie lange, regelmäßig, unregelmäßig, stechend, drückend, brennend, dumpf, ziehend)

**Wann treten sie auf?** (in Ruhe, bei Belastung, bei bestimmten Bewegungen)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Bei Leistungseinschränkungen:** **In welchen Situationen merken Sie die Einschränkungen?** (bei Athleten hilft auch eine kurze Info, wie sich die Einschränkungen in der jeweiligen Sportart bemerkbar machen)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**9.) Bitte geben Sie eine kurze Information über vergangene und aktuelle Erkrankungen oder Diagnosen sowie aktuelle Medikation.**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**10.) Stellen Sie sich vor, es gäbe für Sie ein Fass, welches sich mit jeder Form von BELASTUNG und STRESS aus Ihrem Alltag und Ihrer Vergangenheit füllt** (Arbeitsstress, Leistungs- und Zeitdruck, privater Stress, eigener Anspruch, Schlafqualität, Bewegungsmangel, Ernährung usw.). **Wie voll wäre Ihr Fass von 1-10?** (10 = randvoll)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |