

PERSONAL TRAINING ANAMNESE

Name:

Alter:

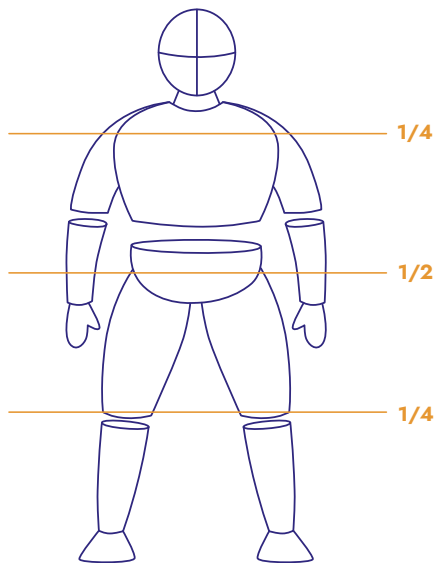
Gewicht:

Größe:

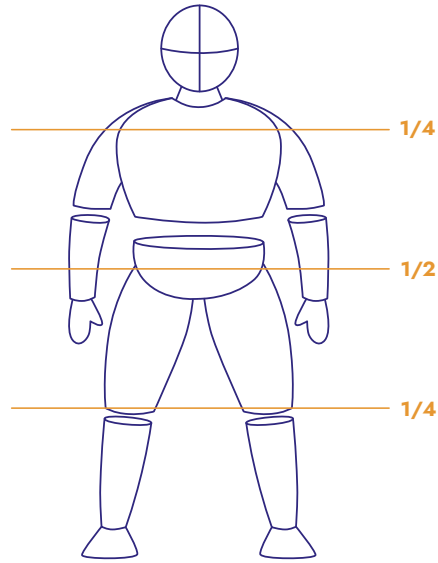
GESUNDHEITLICHE INFORMATIONEN

Blutdruck:	ja/nein
Diabetes:	ja/nein
Gelenke/Rückensbeschwerden/Arthrose:	ja/nein
Sportverletzungen:	ja/nein
Narben/Tattoos:	ja/nein
Operationen/Zahnoperationen:	ja/nein
Verbrennungen:	ja/nein
Medikamenteneinnahme:	ja/nein
ACE-Hemmer/Betablocker:	ja/nein
Dioptrien:	ja/nein
Migräne:	ja/nein
Regelmäßiger Schwindel:	ja/nein
Regelmäßige Übelkeit:	ja/nein
Allergien:	ja/nein
Latex-Allergie:	ja/nein
Sehkrankheit:	ja/nein
Gehörprobleme/Taubheit:	ja/nein
Gehirnerschütterung:	ja/nein
Unfallhistorie:	ja/nein
Geruchsverlust/Geruchsprobleme:	ja/nein
Depressionen:	ja/nein
ADHS:	ja/nein
Schluckprobleme:	ja/nein
Körperwahrnehmungseinschränkungen:	ja/nein
Raucher:	ja/nein

WEITERES



Vorderseite



Rückseite

ERNÄHRUNG

Mahlzeitenfrequenz:

Nahrungsmittelunverträglichkeiten/-allergien/Reizdarm:

Ernährungsmethode:

Nahrungsmittel:

SCHLAF

Schlafdauer durchschnittlich pro Nacht?

Wann gehst du schlafen? Wann stehst du auf?

Schläfst du durch?

Energielevel am Morgen?

Leibnitz, am

Unterschrift KundIn *

Meine Unterschrift

*Mit meiner Unterschrift willige Ich ein, dass die von mir angegeben persönlichen Daten von Michael Hrubisek im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und Dokumentationspflicht verarbeite und gespeichert und werden.

