



# PILATES BODYWERK

PERSONAL PILATES & BODY TRAINING | ERI TROSTL

PERSONAL ANAMNESEBOGEN für \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Größe

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Gewicht

\_\_\_\_\_  
Straße/Nr.

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Beruf      sitzend     stehend

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
Familienstand

\_\_\_\_\_  
Fax

\_\_\_\_\_  
Kinder

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Name Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Telefon Hausarzt

\_\_\_\_\_  
Adresse Hausarzt

\_\_\_\_\_  
E-Mail Hausarzt

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand.

Die Trainerin übernimmt für Schäden keinerlei Haftung.

Die vereinbarten Trainingstermine sind verbindlich. Termine können bis 48 Stunden vorher abgesagt oder verschoben werden. In diesem Fall entstehen keine Gebühren. Eine Stornierung innerhalb 48 Stunden vorher berechnen wir mit 100 %.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



## PILATES BODYWERK

PERSONAL PILATES & BODY TRAINING | ERI TROSTL

### ALLGEMEINE INFORMATIONEN

Wie sind Sie auf PILATES BODYWERK aufmerksam geworden?

---

Warum haben Sie sich für ein/e Personal Training/Ernährungsberatung entschieden?

---

Haben Sie schon mal einen Personal Trainer gebucht? Wenn ja, wen?

---

Aus welchem Grund haben Sie mit dem/der Personal Training/Ernährungsberatung aufgehört?

---

Was erwarten Sie von Ihrem Personal Trainer?

---

### ZIELE

Welches sind Ihre konkreten Ziele?  
(Mehrfachnennungen sind möglich, setzen Sie jedoch Prioritäten)

- Gewichtsreduktion (wenn ja, wie viel Kilogramm in welchem Zeitraum?) \_\_\_\_\_
- Gewichtsaufbau (wenn ja, wie viel Kilogramm in welchem Zeitraum?) \_\_\_\_\_
- Ernährungsumstellung
- Definition der Muskulatur
- Muskelaufbau an folgenden Körperpartien:  Beine  Gesäß  Rücken  
 Brust  Bauch  Arme  Schultern
- Steigerung der:  Kraftausdauer  Maximalkraft
- Allgemeine konditionelle Verbesserung
- Verbesserung der Koordination (z.B. für Skifahren...)
- Mehr Beweglichkeit an folgenden Körperpartien:  Beine  Gesäß  Rücken  
 Brust  Bauch  Arme  Schultern
- Entspannung und Ausgleich zum Job
- Aggressionsabbau
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Rehabilitationstraining für:  allgemeine Fitness & Fun  Anderes: \_\_\_\_\_



## SPORTANAMNESE

In welchen Sportarten haben Sie Erfahrungen und Fertigkeiten gesammelt?

- Ballsportart und zwar: \_\_\_\_\_
- Ausdauersport und zwar: \_\_\_\_\_
- Geräteturnen: \_\_\_\_\_
- Schwimmen: \_\_\_\_\_
- Andere Sportarten und zwar: \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten drei Jahren sportliche Aktivitäten ausgeübt?  
Wenn ja, welche? (Einheiten/Woche)

\_\_\_\_\_

Haben Sie eine Sportart leistungsbezogen durchgeführt?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Ambitionen für einen Wettkampf?

\_\_\_\_\_

Wie viel Zeit wollen/können Sie für Ihr Training aufbringen?

- wöchentlich \_\_\_\_\_
- monatlich \_\_\_\_\_

Wo wollen Sie vorwiegend trainieren?

- Zuhause
- Fitness Studio
- im Büro
- in der Natur
- abwechselnd

Welche Sportart betreiben Sie am liebsten?

\_\_\_\_\_

Was ist Ihre Hauptmotivation Sport zu treiben?

- Gesundheit
- Allgemeine Fitness
- Prävention
- Stressabbau
- Leistung
- Spaß an der Bewegung
- Gruppenerlebnis
- Naturerlebnis
- Besseres Wohlbefinden
- Anderes: \_\_\_\_\_



# PILATES BODYWERK

PERSONAL PILATES & BODY TRAINING | ERI TROSTL

## LIFESTYLE-ANALYSE

Meine Energiespender sind (Dinge, die mir Spaß machen)?

Lieblingsfarbe \_\_\_\_\_ Lieblingsduft \_\_\_\_\_ Lieblingsmusik \_\_\_\_\_

Wie würden Sie Ihr Schlafverhalten beschreiben?

Einschlafstörungen  Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

Durchschlafstörungen  Nein  Ja, und zwar: \_\_\_\_\_

- Ich fühle mich nach dem Schlaf erholt
- Ich fühle mich nach dem Schlaf wie gerädert
- Ich habe nach dem Schlaf häufig Rückenschmerzen
- Ich schlafe häufig weniger als 6 Stunden
- Ich schlafe meist 7½ Std. und mehr

Meine Schlafposition ist in:  Seitenlage (re/li)  Bauchlage  Rückenlage

Wann fühlen Sie sich besonders aktiv und energiegeladen?

Morgens  Mittags  Abends  Nachts  Immer  Nie

Nennen Sie Ihre Stärken und Schwächen.

Ihre berufliche Tätigkeit beinhaltet vorwiegend

- intensive Bewegung  sitzende Arbeitsweise  mäßige Bewegung
- negativen Stress  positiven Stress

Wie gelangen Sie zur Arbeit?

zu Fuß  Auto  Bus/Bahn  Rad  unterschiedlich

Wie viele Urlaubstage gönnen Sie sich im Jahr? \_\_\_\_\_

Wo würden Sie Ihren momentanen Zustand für folgende Bereiche einordnen?

Entspannung	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Ernährung	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Fitness	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Gesundheit	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%
Privat	0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%



## PILATES BODYWERK

PERSONAL PILATES & BODY TRAINING | ERI TROSTL

Zeigen Sie stichpunktartig Ihren typischen Tagesablauf auf (mit Uhrzeiten):

---

---

---

---

---

---

---

---

Bei welchen Tätigkeiten, Aktivitäten und/oder in welchen Momenten können Sie besonders gut entspannen?

---

### ERNÄHRUNG

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Fühlen Sie sich mit Ihrem Gewicht wohl? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Möchten Sie abnehmen?                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Möchten Sie zunehmen?                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Machen Sie aktuell eine Diät?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie schon öfter Diäten probiert?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wie waren die Ergebnisse? \_\_\_\_\_

- |                       |                             |                               |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Essen Sie gerne?      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Essen Sie regelmäßig? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie in der Regel zu sich? \_\_\_\_\_

Beschreiben Sie Ihr Essverhalten \_\_\_\_\_

---

Welche Genussmittel nehmen Sie zu sich?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kaffee                | Ich trinke ___ Tassen am Tag                      |
| <input type="checkbox"/> Schwarzer Tee         | Ich trinke ___ Tassen am Tag                      |
| <input type="checkbox"/> Zigaretten            | Ich rauche ___ Zigaretten/Zigarren/Pfeife pro Tag |
| <input type="checkbox"/> Ich habe geraucht     | Ich rauche nicht mehr seit _____                  |
| <input type="checkbox"/> Ich habe nie geraucht |   |
| <input type="checkbox"/> Alkohol               | Ich trinke _____ Gläser pro Tag/Woche             |
| <input type="checkbox"/> Anderes               |   |



## PILATES BODYWERK

PERSONAL PILATES & BODY TRAINING | ERI TROSTL

- |   |                             |                               |                            |                            |
|---|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Haben Sie das Gefühl sich ausgewogen zu ernähren?                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                            |                            |
| Gehören Obst, Gemüse, Fisch, Hülsenfrüchte zur wöchentlichen Ernährung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                            |                            |
| Haben Sie Heißhungerattacken auf Süßes oder Herzhaftes?                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                            |                            |
| Wie viel Liter Flüssigkeiten nehmen Sie täglich zu sich?                | <input type="checkbox"/> 1  | <input type="checkbox"/> 2    | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Haben Sie regelmäßig Stuhlgang?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                            |                            |
| Haben Sie das Gefühl sich ausgewogen zu ernähren?                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                            |                            |
| Haben Sie Verdauungsprobleme?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                            |                            |
| Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?                                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |                            |                            |

Und zwar: \_\_\_\_\_

### INTERNISTISCHE ANAMNESE

Waren Sie im letzten halben Jahr in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?

---

---

Haben Sie schon mal eine Leistungsdiagnostik durchgeführt?  Ja, wann? \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie schon ein Belastungs-EKG durchgeführt?  Ja, wann? \_\_\_\_\_  Nein

Leiden Sie unter einer Herz- Kreislaufferkrankung z.B:

- |                          |                             |                               |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Herzinfarkt            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Angina Pectoris        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Krampfadern            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Stoffwechselerkrankung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Bluthochdruck          | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - etc.                   |                             |                               |

Leiden Sie an einer Erkrankung der Atemwege z.B.:

- |              |                             |                               |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Asthma     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Bronchitis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - etc.       |                             |                               |

Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung z.B.:

- |                     |                             |                               |
|---------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| - Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Allergien         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Migräne           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - etc.              |                             |                               |



## PILATES BODYWERK

PERSONAL PILATES & BODY TRAINING | ERI TROSTL

Haben Sie sonstige Beschwerden?

- chronische Entzündungen  Ja  Nein
- zu viel Fett im Blut  Ja  Nein
- etc.

Nehmen Sie zurzeit verschreibungspflichtige Medikamente? z.B.:

- Antibiotika  Ja  Nein
- Schmerzmittel  Ja  Nein
- Herz- Kreislaufmittel  Ja  Nein
- Blutdruckmittel  Ja  Nein
- etc.

Erkrankungen beim Vater

- Ja, und zwar:  Herzinfarkt  Angina Pectoris  Krampfadern
- Nein

Erkrankungen bei der Mutter

- Ja, und zwar:  Herzinfarkt  Angina Pectoris  Krampfadern
- Nein

Frauenspezifisches

- momentane Schwangerschaft  Hormone  Pille  Kaiserschnitt

Wie viele Kinder haben Sie auf die Welt gebracht?

\_\_\_ Kind/er per Kaiserschnitt      \_\_\_ Kind/er per natürlicher Geburt

### ANAMNESE DES BEWEGUNGSAPPARATES

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat?

a) Checkliste	Ja	Nein		Ja	Nein
Zehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kniegelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handgelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: _____		

b) Welche dieser Beschwerden sind Folgen einer Verletzung?

---

Welche Behandlungen hatten Sie bisher wegen dieser Beschwerden?

---



## PILATES BODYWERK

PERSONAL PILATES & BODY TRAINING | ERI TROSTL

Hatten Sie in letzter Zeit ein Schleudertrauma?

Ja und zwar (Datum/Schweregrad) \_\_\_\_\_  Nein

Haben Sie davon noch Beschwerden?  Ja  Nein

Haben Sie andere gesundheitlich Einschränkungen,  
die bisher nicht erwähnt wurden?  Ja  Nein

---

### VITALFUNKTIONEN

Gewicht: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_

Schuhgröße: \_\_\_\_\_ Kleidergröße: \_\_\_\_\_

Cholesterinwert \_\_\_\_\_ LDL-Cholesterin \_\_\_\_\_ HDL-Cholesterin  
*gesund weniger als 200 mg/dl weniger als 100 mg/dl*  
*mehr als 60 mg/dl*  
*Normal 200-300 mg/dl 100-130 mg/dl 40-60 mg/dl*  
*Das optimale Verhältnis von Gesamtcholesterin zu HDL ist 3,5 : 1.*  
*Beispiel: Gesamtcholesterin 196 HDL 56 = 196:56=3,5:1*

### ALLGEMEINES & ORGANISATORISCHES

Welche Ziele haben Sie für Ihr Leben?

---

Welche zusätzlichen Dienstleistungen wünschen Sie sich?

- Handtuchservice  Getränke  
 Trainingsplan für unterwegs  täglicher/wöchentlicher Motivationsruf/SMS/Mail  
 anderes \_\_\_\_\_

Welche Untersuchungen wären für Sie interessant?

- Cholesterinwerte  Laktatdiagnostik  Spiroergonomie  
 Fettmessung  Lebensmittelverträglichkeits-Check  
 anderes \_\_\_\_\_
- 

Hatten Sie schon mal das Gefühl des „ausgebrannt sein“?

Ja, und zwar: \_\_\_\_\_  Nein

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben!



## PILATES BODYWERK

PERSONAL PILATES & BODY TRAINING | ERI TROSTL

### HAFTUNGSAUSSCHLUSSVEREINBARUNG

Im Rahmen der Beratungen, Kursangebote und dem Personaltraining werden Ihnen Empfehlungen zur Ernährung, Bewegung und Entspannung, unter anderem auch zu speziellen Krankheitsbildern gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf den von Ihnen gemachten Angaben und werden nach bestem Wissen und Kenntnisstand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue "Dosierung", entsprechend Ihres Zustandes, notwendig.

Zu diesen Indikationen gehören unter anderem:

- Zustand nach einem abgelaufenen Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Verengung der Herzkranzgefäße (sog. koronare Herzkrankheit)
- Bestimmte Formen von Herzrhythmusstörungen
- Blutdruck systolisch über 160 mmHg und/oder diastolisch über 95 mmHg
- Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Zustand bei akutem oder postoperativem Bandscheibenvorfall

Diese Aufzählung erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit:

Alle Kurse und das Personaltraining in den Bereichen Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung setzen einen guten Gesundheitszustand voraus. Zwar sind auch im Falle einer der genannten Erkrankungen Präventionsprogramme sinnvoll, aber um mögliche Zwischenfälle auszuschließen, ist in o.g. Fällen eine medizinische Abklärung notwendig. Sollten Sie in dem ein oder anderen Bereich Probleme haben, z.B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Probleme, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vor der Kursanmeldung mit Ihrem Haus- oder Werkarzt. Jegliche Teilnahme an Ernährungs-, Bewegungs- bzw. Entspannungsprogrammen erfolgt auf eigene Verantwortung. Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden.

Bei plötzlichen Befindlichkeitsänderungen wie Übelkeit, Schwindel, Schmerz, Herzrasen oder Ähnlichem werde ich sofort meinen Personal Trainer unterrichten und gegebenenfalls das Training abbrechen.

Mir ist bekannt, dass ich die mit der Ausübung der von mir gewünschten Sportart und Trainingsweise einhergehenden allgemeinen Risiken (z. B. Stauchungen trotz ausreichendem Aufwärmtraining, Erkältung nach Waldlauf, verschmutzte oder beschädigte Sportbekleidung etc.) selber zu tragen und für die daraus entstehenden Sach- und Personenschäden grundsätzlich selber aufzukommen habe. Ich kann den Personal Trainer nur dann haftbar machen, wenn dieser seine Instruktions-, Überwachungs- und sonstigen spezifischen Vertragspflichten schuldhaft verletzt hat.

Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme des obigen Sachverhaltes.

Ich fühle mich körperlich und geistig gesund und verpflichte mich, sowohl den umfangreichen Anamnesebogen nach meinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen, als auch über alle mir bekannten Krankheiten Auskunft zu erteilen.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Das Ergebnis meiner Gesundheitsbefragung hat ergeben, dass ich ein erhöhtes Risiko aufgrund

\_\_\_\_\_ aufweise. Ich möchte trotz Hinweis einer ärztlichen Abklärung keinen Arzt aufsuchen. Ich bin mir dessen bewusst, dass diese Tatsache ein erhöhtes Risiko aufweist und ich in eigener Verantwortung das Training aufnehme. Ich schließe alle Haftungsansprüche gegenüber meinem Personal Trainer aus, die aus dem oben genannten Risikofaktor aus gesundheitlich-medizinischer Sicht entstehen können.

Unterschrift: \_\_\_\_\_