

Gesundheitsdaten

Zutreffendes bitte mit **x** kennzeichnen!

Frau Herr

Name:

Vorname:

geboren am:

Größe in cm:

Gewicht in kg:

Trainingsziele

- allgemeine Fitness
 Kraftzuwachs allgemein
 Hals/Nacken Schulter
 Brust Arme
 Bauch Rücken
 Gesäß Beine
 Flexibilität
 Koordination
 Entspannung
 Gewebsstraffung
 Ausdauerverbesserung
 Gewichtsreduktion
 Gewichtszunahme
 sonstige Ziele:

aktueller Fitnesszustand

- ausgezeichnet gut
 befriedigend mäßig
 unzureichend schlecht

Fitnessstraining

- kein Fitnessstraining
 1-2 mal pro Woche
 mehr als 2 mal pro Woche
 seit 1-3 Monaten
 seit 3-6 Monaten
 seit mehr als 6 Monaten

sportliche Aktivitäten

- keine sportl. Aktivitäten
 Rehabilitationssport
 Leistungssport
 Breitensport
 Walking Laufen
 Fahrradfahren
 weitere Sportarten:

Erkrankungen

- keine Erkrankungen
 akuter/chron. Infekt
 Allergie
 Bronchitis
 Asthma bronchiale
 Lungenentzündung
 Zahn-/Kieferentzündung
 Blutarmut (Anämie)
 Zuckerkrankheit
 Fettstoffwechselstörung
 Harnsäureerhöhung
 Rheuma
 Osteoporose
 Gelenkentzündung
 Arthrose
 Sehnenentzündung
 Muskelriß/Sehnenriß
 Bänderriß/Verstauchung
 Knochenbruch
 Leistenbruch
 Bauchdeckenbruch
 Hüftgelenksfehlstellung
 Schulterausrenkung
 Hüftgelenksausrenkung
 Kniescheibenausrenkung
 Senkfuß Knickfuß
 Spreizfuß Hohlfuß
 Schleudertrauma
 Bandscheibenvorfall
 Bandscheibenvorwölbung
 Multiple Sklerose (MS)
 Parkinson
 Anfalls-/Krampfleiden
 Schlaganfall/Lähmung
 Durchblutungsstörung
 Bluthochdruck
 erhöhter Augeninnendruck
 niedriger Blutdruck
 Kreislaufkollaps
 Venenentzündung
 Krampfadern
 Herzfehler
 Herzrhythmusstörung
 Herzschrittmacher
 Herzinfarkt
 enge Herzkranzgefäße
 Bypass
 Herzkatheter/Stent
 sonstige Erkrankungen:

Operationen

- keine Operationen
 Wirbelsäule
 Bandscheiben
 Kopf Hals
 Schilddrüse Herz
 Lunge Niere
 Galle Leber
 Magen Darm
 Brust Schulter
 Ellenbogen Arm
 Hand Finger
 Hüfte Bein
 Knie Fuß
 Achillessehne Zehen
 Leistenbruch
 Blinddarm
 Kaiserschnitt
 Bauchnabelbruch
 Bauchdeckenbruch
 Krampfadern
 sonstige Operationen:

Medikamente

- keine Medikamente
 schmerzlindernde
 entzündungshemmende
 Kortison
 Antibiotikum
 herzstärkende
 herzkgefäßerweiternde
 herzhrythmisierende
 pulssenkende
 durchblutungsfördernde
 blutdrucksenkende
 harntreibende
 blutdrucksteigernde
 bronchierweiternde
 gegen Allergie
 gegen Krampfleiden
 gerinnungshemmende
 Marcumar Heparin
 Coumadin ASS
 Insulin Hormone
 zuckersenkende Tabletten
 harnsäuresenkende
 cholesterinsenkende
 sonstige Medikamente:

Beschwerden

- Fieber Übelkeit
 geschwollene Beine
 Atemstörung
 Magen-Darmprobleme
 Hörgeräusche
 Schwindel
 Muskelkater
 Muskelkrämpfe

Schmerzen

- keine Schmerzen
 Kopf Nacken
 oberer Rücken
 Brustwirbelsäule
 Brustbein Rippen
 Brust Schulter
 Schulterblatt
 Ellenbogen Hand/Finger
 unterer Rücken
 Kreuzbein Steißbein
 Oberbauch/Unterbauch
 Becken Gesäß
 Hüfte Knie
 Oberschenkel
 Unterschenkel
 Fuß/Zehen Ferse
 sonstige Schmerzen:

Besonderheiten

- berufsbedingte Belastung
 Streß Sitzen Stehen
 Impfung bis 2 Tage zuvor
 Raucher/in
 Exraucher/in seit:
 Linkshändigkeit
 Beinverkürzung

Derzeit in Behandlung wegen:

Alle Angaben sind korrekt. Ich bin mit der Weitergabe der wichtigen Gesundheitsdaten an die zuständigen Trainer einverstanden.

Datum:

Unterschrift: