



## Anamnesebogen

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse/Hausnr. \_\_\_\_\_

Postleitzahl/Ort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

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

Beruf \_\_\_\_\_

Sport/Hobbys \_\_\_\_\_

Welche persönliche Ziele möchten Sie mit dem Pilatetraining erreichen?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits Pilates Erfahrung?

Ja

Nein

Wenn „Ja“, bei wem und wie lange? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Gesundheitsfragen

### Körperliche Anamnese

Leben Sie mit Rückenproblemen? Ja  Nein

Wenn „ja“, wissen Sie warum?

---

Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? Ja  Nein

- Zehen     Fußgelenke     Kniegelenke     Lendenwirbelsäule     Brustwirbelsäule     Halswirbelsäule  
 Hüfte     Schulter     Ellbogen     Handgelenke     Finger

Welche dieser Beschwerden sind Folgen einer Verletzung?

---

Welche Behandlungen hatten Sie bisher wegen dieser Schmerzen?

---

Hatten Sie in letzter Zeit ein Schleudertrauma?

Ja, Datum und Schweregrad \_\_\_\_\_ Nein

Haben Sie davon noch Beschwerden? Ja  Nein

Wenn „ja“, welche \_\_\_\_\_

Haben Sie andere gesundheitliche Einschränkungen, die noch nicht erwähnt wurden? Ja  Nein

Wenn „ja“, welche \_\_\_\_\_

### Internistische Anamnese

Haben Sie Herz oder Kreislaufprobleme? Ja  Nein

- Herzinfarkt     Krampfadern     Bluthochdruck     Stoffwechselerkrankung     Angina Pectoris

Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Erkrankung der Atemwege? Ja  Nein

- Asthma     Bronchitis

Sonstiges \_\_\_\_\_



Haben Sie eine chronische Erkrankung? Ja  Nein

Allergien  Diabetes mellitus  Migräne

Sonstiges \_\_\_\_\_

Haben Sie sonstige Beschwerden? Ja  Nein

Chronische Entzündungen

Sonstiges \_\_\_\_\_

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Ja  Nein

Antibiotika  Schmerzmittel  Herz-Kreislaufmittel  Blutdruckmittel

Sonstiges \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Operation? Ja  Nein

Wenn „ja“, wann und welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie künstliche Gelenke? Ja  Nein

Wann war die OP? \_\_\_\_\_

Gibt es derzeit noch Beschwerden? \_\_\_\_\_

Haben Sie Osteoporose? Ja  Nein

## Frauenspezifisches

Sind Sie schwanger? Ja  Nein

Wenn „ja“, welche SSW \_\_\_\_\_

Wie viele Kinder haben Sie auf die Welt gebracht? (Bitte Jahreszahlen mit angeben)  
Kind/er per natürliche Geburt oder Kaiserschnitt?

\_\_\_\_\_

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben.

Herzlich willkommen im PowerHAUS und nun wünschen wir Ihnen viel Erfolg und Spass bei Ihrem Training.

Verraten Sie uns noch, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind?

\_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass das PowerHAUS, Anette Schrag meine personenbezogenen Daten intern elektronisch erhebt, verarbeitet und nutzt. (34a Bundesdatenschutzgesetz)

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_