



## 1. Basisdaten

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

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

\_\_\_\_\_  
Beruf

\_\_\_\_\_  
Name Kind(er)

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand.  
Der Trainer übernimmt für Schäden keinerlei Haftung.

Die vereinbarten Trainingstermine sind verbindlich. Termine können bis 24 Stunden vorher abgesagt oder verschoben werden. In diesem Fall entstehen keine Gebühren.

Eine Stornierung kürzer als 24 Stunden vor dem Trainingstermin ist nicht möglich. Der Trainingstermin muss voll berechnet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Zieldefinition

### 1. Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf das Angebot aufmerksam geworden?

---

Warum haben Sie sich für ein Training bei Marlen Reinecke entschieden?

---

Was erwarten Sie von dem Training?

---

### 2. Ziele

Was sind meine konkreten Ziele?

Mehrfachnennungen sind möglich, setzen Sie aber bitte Prioritäten durch Nummerierung.

- |                          |   |                           |                                    |
|--------------------------|---|---------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Gewichtsreduktion                       | (kg _____ Zeitraum _____) |                                    |
| <input type="checkbox"/> | Gewichtsaufbau                          | (kg _____ Zeitraum _____) |                                    |
| <input type="checkbox"/> | Ernährungsumstellung                    |                           |                                    |
| <input type="checkbox"/> | Definition der Muskulatur               |                           |                                    |
| <input type="checkbox"/> | Muskelaufbau an folgenden Körperpartien |                           | <input type="checkbox"/> Beine     |
|                          |   |                           | <input type="checkbox"/> Gesäß     |
|                          |   |                           | <input type="checkbox"/> Rücken    |
|                          |   |                           | <input type="checkbox"/> Brust     |
|                          |   |                           | <input type="checkbox"/> Bauch     |
|                          |   |                           | <input type="checkbox"/> Arme      |
|                          |   |                           | <input type="checkbox"/> Schultern |
| <input type="checkbox"/> | Allgemeine konditionelle Verbesserung   |                           |                                    |
| <input type="checkbox"/> | Aggressionsabbau                        |                           |                                    |
| <input type="checkbox"/> | Verbesserung der Körperwahrnehmung      |                           |                                    |

### 3. Sport

In welchen Sportarten habe ich Erfahrungen und Fertigkeiten gesammelt?

- |                          |               |   |
|--------------------------|---------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Ball sport    | ( _____ )<br>Aufzählung der ausgeübten Sportarten |
| <input type="checkbox"/> | Ausdauersport | ( _____ )<br>Aufzählung der ausgeübten Sportarten |
| <input type="checkbox"/> | Geräteturnen  | ( _____ )<br>Aufzählung der ausgeübten Sportarten |
| <input type="checkbox"/> | Schwimmen     | ( _____ )<br>Aufzählung der ausgeübten Sportarten |

Andere Sportarten ( \_\_\_\_\_ )  
Aufzählung der ausgeübten Sportarten

Haben Sie in den letzten drei Jahren sportliche Aktivitäten ausgeübt?

nein  ja ( \_\_\_\_\_ )  
Welche und wie viele Einheiten pro Woche

Haben Sie eine Sportart leistungsbezogen durchgeführt?

nein  ja ( \_\_\_\_\_ )  
Welche und wie viele Einheiten pro Woche

Welche Sportart betreiben ich am liebsten? ( \_\_\_\_\_ )  
Aufzählung der ausgeübten Sportarten

Was ist meine Hauptmotivation, Sport zu treiben?

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

#### 4. Lifestyle

##### Wohlbefinden

Meine Energiespender sind (Dinge, die mir Spaß machen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Lieblingsfarbe

\_\_\_\_\_   
Lieblingsduft

\_\_\_\_\_   
Lieblingsmusik

Meine berufliche Tätigkeit beinhaltet vorwiegend ... (entweder ... oder)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> intensive Bewegung .....    | <input type="checkbox"/> mäßige Bewegung       |
| <input type="checkbox"/> stehende Arbeitsweise ..... | <input type="checkbox"/> sitzende Arbeitsweise |
| <input type="checkbox"/> positiven Stress .....      | <input type="checkbox"/> negativen Stress      |

Wo würden Sie Ihren momentanen Zustand für folgende Bereiche einordnen?

Entspannung

Ernährung

Fitness

Gesundheit

Privat

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

---

## 5. Ernährung

### Diät

- Fühlen Sie sich mit Ihrem Gewicht wohl?  Ja  Nein  
Möchten Sie abnehmen?  Ja  Nein  
Machen Sie aktuell eine Diät?  Ja  Nein  
Haben Sie schon öfter Diäten probiert?  Ja  Nein  
Wie waren die Ergebnisse? \_\_\_\_\_

### Nahrung

- Essen Sie gerne?  Ja  Nein  
Essen Sie regelmäßig?  Ja  Nein  
Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie in der Regel zu sich? \_\_\_\_\_  
Beschreiben Sie Ihr Essverhalten.
- 

- Haben Sie das Gefühl sich ausgewogen zu ernähren?  Ja  Nein  
Gehören Obst, Gemüse, Fisch, Hülsenfrüchte zur Ernährung?  Ja  Nein  
Wie viele Liter Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich? \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?  Ja  Nein  
Welche Nahrungsergänzungsmittel? \_\_\_\_\_

### Genussmittel

Welche Genussmittel nehmen Sie zu sich?

- Kaffee Ich trinke \_\_\_\_\_ Tassen Kaffee am Tag.  
 Schwarzer Tee Ich trinke \_\_\_\_\_ Tassen schwarzen Tee am Tag.  
 Zigaretten Ich rauche \_\_\_\_\_ Zigaretten/Zigarren/Pfeife pro Tag.  
 Ich habe geraucht. Ich rauche nicht mehr seit \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren.  
 Ich habe nie geraucht.  
 Alkohol Ich trinke \_\_\_\_\_ Gläser \_\_\_\_\_ pro Tag/Woche.  
 Anderes \_\_\_\_\_
- 

## 6. Gesundheit

### Internistik

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

---

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie schon mal eine Leistungsdiagnostik durchgeführt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie schon ein Belastungs-EKG durchgeführt?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie eine Herz-Kreislaufkrankung?                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an einer Erkrankung der Atemwege?               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leiden Sie an einer chronischen Erkrankung?                | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie zurzeit verschreibungspflichtige Medikamente?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Frauenspezifische Fragen

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie schwanger?                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie Hormone ein?                              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie die Pille ein?                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hatten Sie bei einer Entbindung einen Kaiserschnitt? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wie viele Kinder haben Sie auf die Welt gebracht?    |                             |                               |

\_\_\_\_\_ Kinder mit natürlicher Geburt    \_\_\_\_\_ Kinder mit Kaiserschnitt

### Bewegungsapparat

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Haben Sie Beschwerden am Bewegungsapparat?              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Welche dieser Beschwerden sind Folgen einer Verletzung? |                             |                               |

---

Welche Behandlungen hatten Sie bisher wegen dieser Beschwerden?

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Hatten Sie in letzter Zeit ein Schleudertrauma?                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Haben Sie andere gesundheitlich Einschränkungen,<br>die bisher nicht erwähnt wurden? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Welche Einschränkungen? \_\_\_\_\_

### Vitalfunktionen

Gewicht:

Körpergröße:

## 7. 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 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 einem 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 meine 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 habe und für die daraus entstehenden Sach- und Personenschäden grundsätzlich selber aufkomme. 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 bestätige, sowohl den umfangreichen Anamnesebogen nach meinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig ausgefüllt zu haben als auch über alle mir bekannten Krankheiten Auskunft erteilt zu haben.**

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

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

\_\_\_\_\_  
**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 Trainer aus, die aus dem oben genannten Risikofaktor aus gesundheitlich-medizinischer Sicht entstehen können.

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**