

Persönliches Gesundheitsprofil

Name : _____ Vorname : _____

Adresse : _____

Telefon : _____ eMail : _____

Geburtstag : ____ . ____ . _____

Hausarzt : _____ Telefon : _____

Anthropometrische Daten

Größe (in cm) : _____ Gewicht (in kg) : _____

BMI (Body Mass Index) : _____ / _____ / _____ = _____

Körperfettanteil (relativ) : ____ % Körperfettanteil (absolut) : ____ kg

Ruheherzfrequenz (RHF) : _____

Blutdruck : _____ / _____

Cholesterinspiegel : *normal* *tief* *hoch* *weiß nicht* Verhältnis: ____ / ____

Umfänge (in cm)

Oberarm : rechts _____ links _____

Brust : _____

Taille : _____

Po : _____

Oberschenkel : rechts _____ links _____

Weitere erforderliche Umfänge : _____

Trainingsziel : _____

Sportsozialisation : _____

Ernährung : _____

(Zur genaueren Erfassung der Ernährungsgewohnheiten kann ein Ernährungsprotokoll mit anschließender Beratung erstellt werden.)

Rauchen Sie? : ja nein Trinken Sie Alkohol? : ja nein

Wenn ja, wie viel : _____ Wenn ja, wie viel : _____

Erkrankungen

Herzerkrankungen : _____

Atem- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Belastungsasthma) : _____

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes mellitus) : _____

orthopädische Beschwerden (z.B. Osteoporose) : _____

Verletzungen bzw. Einschränkungen : _____

Operationen, medizinische Eingriffe : _____

sonstige Beschwerden (z.B. Schwindel, Migräne, Kopfschmerz) : _____

Nehmen Sie Medikamente: ja nein

Wenn ja, Welche : _____

Wie lange : _____

Familiäre Vorbelastungen / Vorkommnisse (z.B. Urgroßeltern, Großeltern,
Eltern, Geschwister, Verwandte ersten Grades; Herzinfarkt, Schlaganfall,
Arthrosen etc.) : _____

Wie ist bzw. sieht Ihre Arbeitssituation bzw. Stresssituation aus? : _____

Datum : ____ . ____ . _____
