



## Persönliches Gesundheitsprofil

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Antropometrische Daten

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Body Mass Index (BMI): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ = \_\_\_\_

Körperfettanteil (relativ): \_\_\_\_\_ %

Körperfettanteil (absolut): \_\_\_\_\_ kg

Ruheherzfrequenz (RHF): \_\_\_\_\_ hz

Blutdruck: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Cholesterinspiegel: normal / tief / hoch / weiß nicht / Verhältnis: \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Umfänge

Oberarm: rechts: \_\_\_\_\_ cm links: \_\_\_\_\_ cm

Oberschenkel: rechts: \_\_\_\_\_ cm links: \_\_\_\_\_ cm

Brust: \_\_\_\_\_ cm

Taille: \_\_\_\_\_ cm

Po: \_\_\_\_\_ cm

Weitere erforderliche Umfänge: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trainingsziel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ernährung: \_\_\_\_\_

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

Rauchen Sie?            nein / ja            wie viel? \_\_\_\_\_

Trinken Sie Alkohol?    nein / ja            wie viel? \_\_\_\_\_

### **Erkrankungen**

Herzerkrankungen: \_\_\_\_\_

Atem- oder Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma): \_\_\_\_\_

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes): \_\_\_\_\_

Orthopädische Beschwerden (z.B. Osteoporose): \_\_\_\_\_

Verletzungen bzw. Einschränkungen: \_\_\_\_\_

Operationen, medizinische Eingriffe: \_\_\_\_\_

Sonstige Beschwerden (z.B. Schwindel, Kopfschmerz): \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente?    Nein / ja            welche? \_\_\_\_\_

Wie lange? \_\_\_\_\_

Familiäre Vorbelastung / Vorkommnisse (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall, Arthrosen etc. in der Familie):

Wie ist bzw. sieht Ihre Arbeitssituation bzw. Stresssituation aus? \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_