

Anamnesebogen postnatales Fitnessstraining

1. Basisdaten

Name

Vorname

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Mobil

E-Mail

Geburtstag

Geburtsdatum

Name des Kindes

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand.

Der Kursleiter übernimmt für Schäden keinerlei Haftung. Die vereinbarten Kurstermine sind verbindlich. Termine können bis 24 Stunden vorher abgesagt werden. In diesem Fall entstehen keine Gebühren. Eine Stornierung kürzer als 24 Stunden vor dem Kurstermin ist nicht möglich. Der Kurstermin muss voll berechnet werden.

Datum

Unterschrift

2. Zieldefinition

Allgemeine Angaben

Wie sind Sie auf das Angebot aufmerksam geworden?

Warum haben Sie sich für ein Training bei superMAMAfitness in Penig entschieden?

Was erwarten Sie von dem Kurs?

Ziele

Gibt es konkrete Ziele?

3. Gesundheit

Geburtsverlauf

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Die Geburt war eine Spontangeburt | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Die Geburt war ein Kaiserschnitt | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Wenn Ja, schmerzt die Narbe? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Unter der Geburt wurde ein Dammschnitt durchgeführt | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Wenn Ja, schmerzt die Dammschnittnarbe? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |

Sonstige Problematiken unter der Geburt:

Internistik (allgemeine Fragen zum Gesundheitszustand)

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

- | | | | | |
|---|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Leiden Sie an Nackenschmerzen? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Leiden Sie an Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Leiden Sie an Rückenschmerzen? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Leiden Sie an Schulterproblemen? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Leiden Sie an Kreuzbeinproblematiken (Ischias)? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Leiden Sie an Symphysenschmerzen? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Leiden Sie an Haarausfall? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Haben Sie eine Herz-Kreislaufkrankung? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Neigen Sie zum Schwindelgefühl? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Leiden Sie an einer Erkrankung der Atemwege? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
| Besteht eine aktive Rectus Diastase? | <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Nein |
-

Leiden Sie an Beckenschmerzen? Ja Nein

Wenn Ja, in welchem Bereich: _____

Nehmen Sie zurzeit verschreibungspflichtige Medikamente? Ja Nein

Sonstige Probleme Ja Nein

Wenn Ja, welche: _____

4. Haftungsausschlussvereinbarung

Im Rahmen der Beratungen, Kursangebote 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 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 Frauenarzt.

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 Kursleiter 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 Kursleiter 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