

Anamnesebogen

Herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Entscheidung sich selbst etwas Gutes zu tun. Damit schon beim ersten Termin Ihre Wünsche, Ziele und individuellen Voraussetzungen berücksichtigt werden können, füllen Sie bitte den Fragebogen äußerst gewissenhaft und wahrheitsgemäß aus. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Viele Erfolgsmomente in Ihrem neuen Lebensabschnitt wünscht Ihnen Ihr Persönlichkeitscoach Filippo Larizza

„Suche nicht nach Fehlern, suche nach Lösungen“. Henry Ford

Achtung: Bitte Mailen Sie den Anamnesebogen an die folgende Adresse.

info@filippotraining.ch

Persönliche Daten Bitte füllen Sie diese Angaben über sich aus

Name		Geburtsdatum	
Strasse		Beruf	
PLZ/Ort		Rechnungsadresse	
Telefon		Familienstand	
Mobile		Gewicht	
Fax		Körpergrösse	
Mail		Empfehlung über	
Schuhgrösse		Kleidergrösse	
Lieblingsfarbe			
Lieblingsmusik		Hatten sie schon mal einen Personaltrainer	
Hausarzt			

1. Was erwarten Sie von Filippotraining?

2. Allgemeines

2.1 Was möchten Sie noch alles in Ihrem Leben erleben und erreichen (grobe Stichworte)?

2.2 Wenn ich mit Filippotraining zufrieden bin, würde ich den Trainer weiterempfehlen.

Ja Nein

2.3 Wem würde ich Filippotraining empfehlen?

2.4 Ich möchte einen Gutschein zum Geburtstag / Weihnachten etc. verschenken?

Ja Nein

2.5 Welche besonderen Dienstleistungen wünschen Sie sich?



2.6 Welche Faktoren müssen eintreffen, damit Sie vom Coaching begeistert sind?

2.7 Hatten Sie schon mal das Gefühl eines Burnout? Ja Nein

2.8 Haben Sie schon mal eine Lebens- Stärke Analyse gemacht? Ja Nein

2.9 Hätten Sie Interesse daran? Ja Nein

2.10 Wollen Sie den Newsletter via Email erhalten? Ja Nein

3. Themenschwerpunkte und Zielsetzung

3.1 Welche Programme interessieren Sie im Rahmen des PERSONAL VITAL COACHINGS am meisten? (bitte ankreuzen)

- Langfristige Trainingsplanung (z.B. für einen Wettkampf)
- Erstellen individueller Trainingsprogramme gesundheitsfitness- oder leistungsorientiert
- Funktionelle Übungsausführung (im Alltag: Lasten hochheben, Schreibtischposition, ...)
- Herzkreislauftraining
- Gesundheits-Checks und Auswertungen
- Energiezonen-Diagnostik durch Laktatmessung
- Gesundheits-Strategien mit ganzheitlicher Zielsetzung und Wertehierarchie
- Motivations-/Inspirationstechniken
- Spezifische Übungen für leistungsorientierten Amateur- oder Leistungssport
- Wenn ja, für welchen?
- ---

 Sportartspezifische Trainingsberatung/-pläne
- Sportartspezifische Technikanalyse mit Video-Feedback
- Spezielle Dienstleistungen wie z.B. Einkauf von Laufschuhen etc.

Andere

Wünsche:

3.2 Welches sind Ihre konkreten Ziele? (Mehrfachnennungen sind möglich. Setzen Sie bitte dennoch Prioritäten.)

- Gewichtsreduktion (wenn ja, wie viel Kilogramm in welchem Zeitraum: _____)
- Gewichtsaufbau (wenn ja, wie viel Kilogramm in welchem Zeitraum: _____)
- Definition der Muskulatur (weniger Unterhautfettgewebe)
- Muskelaufbau an folgenden Körperpartien: Beine, Gesäß, Rücken, Brust, Bauch, Arme, Schultern
- Straffung des Gewebes allgemein
- Steigerung der Krafftausdauer



4. Sportanamnese

4.1 Haben Sie Ambitionen für einen Wettkampf?

- Ja Wenn ja, für welchen? _____ Nein

4.2 Welche sportlichen Aktivitäten haben Sie in den letzten 3 Jahren durchgeführt? _____

Und mit welcher Regelmäßigkeit?

1. _____ Einheiten / Woche
2. _____ Einheiten / Woche
3. _____ Einheiten / Woche

4.3 In welchen Sportarten haben Sie Erfahrungen und Fertigkeiten gesammelt?

- Ballsportart, und zwar: _____
- Ausdauersport, und zwar: _____
- Geräteturnen
- Schwimmen
- Andere Sportarten, und zwar: _____

4.4 Haben Sie eine Sportart leistungsbezogen durchgeführt?

- Nein Ja, und zwar: _____

4.5 Was ist Ihre Hauptmotivation, Sport zu treiben?

- Gesundheit
- Allgemeine Fitness
- Prävention
- Stressabbau
- Leistung
- Spaß an der Bewegung
- Gruppenerlebnis
- Naturerlebnis
- Besseres Wohlbefinden

5. Lebensstil

5.1 Wie würden Sie Ihr Schlafverhalten beschreiben?

- Einschlafstörungen Nein Ja, und zwar: _____
- Durchschlafstörungen Nein Ja, und zwar: _____
- Ich fühle mich nach dem Schlaf erholt
- Ich fühle mich nach dem Schlaf wie „gerädert“
- Ich habe nach dem Schlaf häufig Rückenschmerzen
- Ich schlafe häufig weniger als 6 Stunden
- Ich schlafe meist 7 1/2 Stunden und mehr

5.2 Wann fühlen Sie sich besonders aktiv und energiegeladen?

- Morgens
- Mittags
- Abends
- Nachts
- Immer
- Nie

5.3 Was sind Ihre Hobbies / Was machen Sie gern?

5.4 Was sind Ihre Stärken und welche Ihre Schwächen?

5.5 Ihre berufliche Tätigkeit beinhaltet vorwiegend

- intensive Bewegung
- mäßige Bewegung
- sitzende Arbeitsweise
- negativen Stress
- positiven Stress

5.6 Wie gelangen Sie zur Arbeit?

5.7 Wie viele Urlaubstage gönnen Sie sich? _____

5.8 Wie würden Sie Ihren momentanen Zustand beschreiben, wenn Sie 100% vergeben könnten? (100% wären optimal: Schulnote 1, 0 % wären sehr schlecht: Schulnote 6)

- 0% Entspannung 100% _____
- 0% Ernährung 100% _____
- 0% Training / Fitness 100% _____
- 0% Gesundheit 100% _____
- 0% Privat 100% _____

5.9 Bitte skizzieren Sie kurz einen typischen Tagesablauf mit Uhrzeit.

6. Ernährungsstil

6.1 Fühlen Sie sich mit Ihrem Gewicht wohl? Ja Nein

6.2 Wollen sie abnehmen? Ja Mein Wunschgewicht: _____ kg Nein

6.3 Wollen Sie zunehmen? Ja Mein Wunschgewicht: _____ kg Nein

6.4 Machen Sie zurzeit eine Diät? Ja und zwar: _____ Nein

6.5 Haben Sie schon öfter Diäten probiert? Ja und zwar: _____ Nein

6.6 Wie waren die Ergebnisse? _____

6.7 Essen Sie gern? Ja Nein

6.8 Ernähren Sie sich regelmäßig? Ja Nein



6.9 Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie zu sich? (bitte benennen)

6.10 Beschreiben Sie Ihr Essverhalten

6.11 Welche Genussmittel nehmen Sie zu sich?

- Kaffee Ich trinke Tassen/Tag _____
 Schwarzer Tee Ich trinke Tassen/Tag _____
 Zigaretten Ich rauche Zigaretten/Zigarren/Pfeife pro Tag _____
Ich habe geraucht. _____

Alkohol Ich trinke pro Woche _____
Anderes: _____

6.12 Ernähren Sie sich ausgewogen? Ja Nein

6.12 Gehören Obst, Gemüse, Fisch, Hülsenfrüchte mit zur wöchentlichen Ernährung?
 Ja Nein

6.13 Haben Sie Heißhungerattacken auf Süßes oder Herzhaftes? Wenn ja, Wann empfinden Sie diese?

6.14 Wie viel Liter Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich? _____

6.15 Haben Sie regelmäßigen Stuhlgang? Ja
 Nein

6.16 Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja und zwar: _____
 Nein

7. Internistische Anamnese (innere Organe und Systeme)

7.1 Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja und zwar (Grund) _____
 Nein

7.2 Wann war Ihr letzter Arztbesuch: _____, weswegen? _____

7.3 Wann hatten Sie Ihre letzte Leistungsdiagnostik? _____ Noch nie

7.4 Wann hatten Sie Ihr letztes Belastungs – EKG? _____ Noch nie

7.5 Ist Ihnen Ihr Ruhepuls bekannt? Ja und zwar: _____ Nein

7.6 Wissen Sie Ihren Blutdruck? Ja und zwar: _____ Nein



7.7 Bitte kreuzen Sie an, welche der aufgeführten Fragen bei Ihnen zutreffen.

- Enge Gefühle in der Brust (Angina Pectoris)
- Zuckerkrankheit (Diabetes melitus)
- Zu viel Fett im Blut (Hypercholesterinämie)
- Asthma, wenn ja, welches: _____
- Allergien, wenn ja, welche: _____
- Akute Entzündungen, wenn ja, wo: _____
- Migräne
- Schilddrüsenerkrankung
- Lungenerkrankung
- nehmen Sie derzeit Antibiotika
- nehmen Sie regelmäßig Medikamente, wenn ja, welche:
- Sonstiges: _____

7.8 Erkrankungen beim Vater: Ja, und zwar: _____
 Nein

Herzinfarkt Angina Pectoris Krampfadern

7.8 Erkrankungen bei der Mutter: Ja, und zwar: _____
 Nein

Herzinfarkt Angina Pectoris Krampfadern

7.10 Frauenspezifische Fragen:

- Momentane Schwangerschaft
- Hormone
- Pille
- Kaiserschnitt

7.11 Wie viele Kinder haben Sie auf die Welt gebracht?

- Per Kaiserschnitt
- Natürlicher Weg

8. Anamnese des Bewegungsapparates

8.1 Haben oder hatten Sie irgendwelche schweren Verletzungen?

Ja, und zwar: _____ Nein

8.2 Hatten Sie in letzter Zeit ein Schleudertrauma?

Ja, und zwar: _____ Nein

8.3 Einschränkungen in den Gelenken?

Ja, und zwar: _____ Nein

Wenn ja, haben Sie momentan dadurch noch Beschwerden? Ja Nein

8.4 Haben Sie irgendwelche anderen gesundheitlichen Einschränkungen, die oben nicht erwähnt wurden? Ja, und zwar: _____ Nein

9. Medizinische Anamnese

9.1 Nehmen Sie Medikamente ein? Ja, und zwar: _____ Nein

9.2 Kennen Sie Ihre Cholesterinwerte? Ja, und zwar: _____ Nein

9.3 Wissen Sie Ihren Bauchumfang? Ja, und zwar: _____ Nein

10 Vitalfunktionen

Aktueller Puls (15 Sekunden x 4 multiplizieren): _____
 Blutdruck mmHG Systole _____
 mmHG Diastole _____

11 Organisatorische

11.1 Wo wollen Sie trainieren? _____
 abwechselnd zu Hause Fitness – Studio im Büro Natur/Wald

11.2 Wann wollen und können Sie am besten trainieren? (Geben Sie bitte Ihre Zeitfenster an.)

Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	

Allgemeine Geschäftsbedingungen zwischen Filippotraining & Kunde

Mir ist bewusst, dass das falsche Beantworten bzw. Verschweigen von Punkten und somit u. U. falscher Trainingseinsatz gravierende Auswirkungen auf meine künftige Gesundheit haben kann.

Ich versichere Ihnen, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Ich bin sportgesund und kann mit Filippotraining beginnen.

Bei der Anamnese, durchgeführt durch Filippo Larizza, kann es bei den Gesundheitsfragen zu bedenklichen Abweichungen kommen und ich als Person mit einem Risikoprofil befunden werden. Hiermit bestätige ich, dass ich darauf hingewiesen bin, dass ich erst nach Beibringung eines ärztlichen Nachweises der Sporttauglichkeit oder im Falle einer Verweigerung des Arztbesuches erst nach Unterzeichnung der Haftungsausschlusserklärung mit Anhang „Personen mit Risikoprofil“ trainieren kann.

Bei der Anamnese, durchgeführt durch Filippo Larizza, kann es bei der Befragung zu der Erkenntnis kommen, dass ich als „Trainingsneueinsteiger“ bzw. „Sportanfänger“ oder bereits ein „Fortgeschrittenes Alter“ (mehr als 45 J. bei Männern / mehr als 50 J. bei Frauen) aufweise. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich erst nach Beibringung eines ärztlichen Nachweises der Sporttauglichkeit oder im Falle einer Verweigerung des Arztbesuches, erst nach Unterzeichnung der Haftungsausschlusserklärung mit Anhang „Person im fortgeschrittenem Alter“ trainieren kann.

Wegen _____ beauftrage ich Sie, meinen Arzt zu konsultieren, damit ich ein Fitnessprogramm starten kann.

Ich erlaube dem PERSONAL von Filippotraining, zwecks der Laktat-Bestimmung oder Cholesterinwert-Messung subkutane Blutentnahmen vorzunehmen. Dabei wurde ich über den Ablauf und die Risiken aufgeklärt.

Hiermit erkläre ich, dass ich an den individuellen Trainings-, Ernährungs- und Beratungsprogrammen Von Filippotraining Coach freiwillig und auf eigene Verantwortung teilnehme.

An Trainings-, Ausbildungs- und Lehreinheiten im Out-/Indoorbereich unter Ausübung von Freizeitsportarten nehme ich ebenfalls auf eigene Verantwortung und eigenes Risiko teil.

Ich fühle mich körperlich und geistig gesund und verpflichte mich, sowohl den umfangreichen Fragebogen nach meinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen, als auch über alle mir bekannten Krankheiten selbständig Auskunft zu erteilen.

Falls es meine körperlichen Voraussetzungen (internistische, orthopädische Beschwerden o.ä.) erfordern, werde ich durch meinen Hausarzt ein entsprechendes Gutachten für eine Trainingsaufnahme ausstellen lassen.

Bei plötzlichen Befindlichkeitsänderungen wie Übelkeit, Schwindel, Schmerz, Herzsrasen oder ähnlichem werde ich sofort mein Coach von Filippotraining informieren 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 und für die daraus entstehenden Sach- und Personenschäden grundsätzlich selber aufzukommen habe. Ich kann den der Coach von Filippotraining nur dann haftbar machen, wenn diese ihre Instruktions-, Überwachungs- und sonstigen spezifischen Vertragspflichten schuldhaft verletzt haben. Ein Anspruch auf Schmerzensgeld und auf Ersatz für Schäden aus der Verletzung des Lebens, Körpers oder der Gesundheitsschäden gleich aus welchem Rechtsgrund ist allerdings nicht ausgeschlossen: für Sach- und Vermögensschäden gilt ein Haftungsausschluss auch bei leichter Fahrlässigkeit.

Das Honorar liegt bei 150,00 CHF pro 55 Minuten. Es wird nach der ersten Stunde minutenweise abgerechnet.

Ja, zur Kenntnis genommen. Kürzel: _____

Anfahrten werden pro km mit CHF 00,80 und halbem Honorarsatz pro Minute berechnet.

Ja, zur Kenntnis genommen. Kürzel: _____

Die Termine für das Filippotraining COACHING werden im Voraus vereinbart. Bei Absagen innerhalb von drei Tagen werden 50% des Termins in Rechnung gestellt.

Ja, zur Kenntnis genommen. Kürzel: _____





Filippotraining GmbH

Bei Absagen innerhalb der letzten 24 Stunden wird der Termin voll in Rechnung gestellt.

Ja, zur Kenntnis genommen. Kürzel: _____

Datenschutzerklärung

Filippotraining versichert, dass wir die uns anvertrauten persönlichen und gesundheitsrelevanten Daten, vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergibt. Nur auf ausdrücklichen Wunsch des Kunden werden diese Daten oder Auszüge daraus an ärztliche Institutionen oder Trainerkollegen (für Urlaubs- oder Abwesenheitsvertretung) weitergegeben

bzw. an Netzwerkpartner (Sportmediziner/ Fachärzte/ Leistungsdiagnostiker/ Physiotherapeuten/ Heilpraktiker/ Fachärzte etc.) übermittelt.

Weitere Vereinbarungen wurden weder mündlich noch schriftlich getroffen.

Unterschrift: _____

Sitz der GmbH: Schüpfen

www.filippotraining.ch / www.sportevent.ch / www.medizentrum.ch

Filippo Larizza

Geschäftsführer

Dorfstrasse 1

CH- 3054 Schüpfen

Seminar- und Eventabteilung:

Sportevent Domenico Larizza

phone + 41 076 200 19 19

event@sportevent.ch