



## Erst-Anamnesebogen nach Geburt/Rückbildung

(Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt.)

### 1. Persönliche Daten

Vorname:	Nachname:	Geburtsdatum:
Gewicht:	Größe:	

### 2. Sportliche Aktivitäten

Wie schätzt Du Deinen aktuellen Fitness- und Trainingszustand ein?

Wenig trainiert
  Trainiert
  Gut trainiert

Betreibst Du aktuell Sport? Welche Sportart? Wie oft?

Warst Du vor Deiner Schwangerschaft sportlich aktiv? Was? Wie oft?

Welche Ziele / Wünsche hast Du für das Training?

### 3. Schwangerschaft / Geburt / Wochenbett

Wann hast Du entbunden?

Hast Du weitere Kinder? Wenn ja, wie alt sind diese?

Welche Beschwerden hattest Du während der Schwangerschaft (Blutungen, Wassereinlagerungen, Rückenschmerzen, etc.)?

Wie verlief die Geburt?

Spontangeburt
  Kaiserschnitt
  Besonderheiten

Hast Du schwangerschafts- oder geburtsspezifische Verletzungen erlitten? Hast Du dadurch noch immer Einschränkungen?

Wie verliefen die ersten sechs Wochen Deines Wochenbetts?

Hast Du an einem Rückbildungskurs teilgenommen? Wenn ja, wo und wie oft?

Hast Du Beckenbodenbeschwerden (Inkontinenz, Druck nach unten, fehlende Stabilität, Schmerzen, etc.)?

Ja
  Nein
  Beschreibung

Stillst Du?

Welche Besonderheiten (Brustentzündungen etc.) gab oder gibt es?

Ja
  Nein
  Besonderheiten

Hast Du die gynäkologische Kontrolluntersuchung nach der Entbindung erfolgreich absolviert? Hinweise / Einschränkungen / Auflagen?

Ja
  Nein
  Hinweise



#### 4. Allgemeiner Gesundheitszustand

Warst Du in den letzten sechs Monaten ernsthaft krank?

Ja  Nein  Beschreibung

Bist Du aktuell in ärztlicher Behandlung? Wofür?

Ja  Nein  Beschreibung

Leidest Du unter Erkrankungen des Bewegungsapparats oder des Herz-Kreislaufsystems oder sonstigen Erkrankungen?

Ja  Nein  Beschreibung

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

Ja  Nein  Beschreibung

Gab es Sportverletzungen? Frühere Operationen?

Ja  Nein  Beschreibung

#### 5. Psychosoziales Wohlbefinden

Leidest Du aktuell – gelegentlich / häufig - unter folgenden Symptomen?

Appetitlosigkeit  Heißhunger  Schlafstörungen  Antriebslosigkeit  
 Konzentrationsschwäche  Erschöpfung  Spannungskopfschmerzen  Depressive Verstimmung

Wie schätzt Du Dein aktuelles Ernährungsverhalten auf einer Skala von 1-10 ein (10 entspricht Optimum)?

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  Bemerkungen

Wie schätzt Du Dein aktuelles Schlafverhalten auf einer Skala von 1-10 ein (10 entspricht Optimum)?

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  Bemerkungen

Wie stark schätzt Du Deine aktuelle psychische Belastung auf einer Skala von 1-10 ein (10 entspricht höchster Belastung)?

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10  Bemerkungen

Sonstige Bemerkungen zu Rahmenbedingungen (soziale Unterstützung, Familiensituation, Kinderbetreuung, Berufstätigkeit, etc.)?

Ort:

Datum:

Unterschrift Teilnehmerin: