



## Erst-Anamnesebogen LAUFMAMALAUF Kirchheim

(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?

<input type="checkbox"/> Wenig trainiert	<input type="checkbox"/> Trainiert	<input type="checkbox"/> Gut trainiert
--	------------------------------------	--

Betreibst Du aktuell Sport? Welche Sportart? Wie oft?

Welche Ziele / Wünsche hast Du für das Training?

--	--

### 3. Schwangerschaft / Entbindung

Wie viele Kinder hast Du? Wie alt sind diese?

--

Hast Du schwangerschafts- oder geburtsspezifische Verletzungen (inklusive Kaiserschnitt) erlitten? Hast Du dadurch immer noch Einschränkungen?

--

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

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Hast Du eine Rektus Diastase?

--

### 4. Allgemeiner Gesundheitszustand

Warst Du in den letzten sechs Monaten ernsthaft krank?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Bist Du aktuell in ärztlicher Behandlung? Wofür?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

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

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Nimmst Du regelmäßig Medikamente?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Gab es Sportverletzungen? Frühere Operationen?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beschreibung
-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

Ort:	Datum:	Unterschrift Teilnehmerin:
------	--------	----------------------------