

# Anamnese Leistungsdiagnostik



## Zur Person:

Vorname	<input type="text"/>	Name	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Wohnort	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Email	<input type="text"/>
Bevorzugte Rufnummer	<input type="text"/>		
Ausgeübter Beruf	<input type="text"/>		

Bitte helfen Sie uns, unsere Kundenansprache zu optimieren. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- |                                                     |                                                             |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Internetsuche              | <input type="checkbox"/> Social Media (Instagram, Facebook) |
| <input type="checkbox"/> LinkedIn                   | <input type="checkbox"/> Flyer                              |
| <input type="checkbox"/> Empfehlung von / Sonstiges |                                                             |

## Allgemeine Fitness:

Gewicht  Größe  BMI

Rauchen Sie?  Nein  Ja

Wie würden Sie Ihren allgemeinen Fitnesszustand bezeichnen?

- top  gut  mittel  schlecht

Welchen Sportarten betreiben Sie?

- |                                               |                                |                                  |
|-----------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laufen               | <input type="text"/> Std/Woche | seit <input type="text"/> Jahren |
| <input type="checkbox"/> Radfahren            | <input type="text"/> Std/Woche | seit <input type="text"/> Jahren |
| <input type="checkbox"/> Schwimmen            | <input type="text"/> Std/Woche | seit <input type="text"/> Jahren |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> Std/Woche | seit <input type="text"/> Jahren |

Tragen Sie Einlagen?

- Nein  
 Ja wenn ja:  mit einseitiger Erhöhung  ohne Erhöhung

Hatten Sie Verletzungen / Operationen?

- Nein  Ja,

Bestehen zur Zeit körperliche Beschwerden?

- Nein  Ja,

# Anamnese Leistungsdiagnostik



Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?

Nein

Ja,

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, z.B. gegen Bluthochdruck, Atem- oder Herzprobleme?

Nein

Ja,

Schlafen Sie ausreichend?

Nein

Ja,  Stunden

Sitzend Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie jemals das Bewußtsein verloren?

Nein

Ja,

Sind Ihnen gesundheitliche Gründe bekannt, die bei Ihnen gegen eine leistungsorientierte Ausübung des Laufsports sprechen?

Nein

Ja,

Waren Sie in den letzten sieben Tagen krank, zum Beispiel erkältet?

Nein

Ja,

## Ihr Lauftraining aktuell:

Summe der Wochenkilometer?

Trainingseinheiten pro Woche

Längste Trainingseinheit aktuell?

Minuten

Kilometer

Machen sie derzeit Bahntraining?

Nein

Ja

Was trainieren Sie besonders gerne? (Tempotraining, Dauerläufe, etc)

Welche Trainingsformen fallen Ihnen schwer? (Tempotraining, Dauerläufe, etc)

In welchen Bereichen vermuten Sie Defizite? (Z.B. Schnelligkeit, Ausdauer, Lauftechnik, etc.)

## Wettkampfergebnisse

Distanz	Persönliche Bestzeiten		Letzte Ergebnisse	
	gelaufen am	erreichte Zeit	gelaufen am	erreichte Zeit
Marathon				
Halbmarathon				
10 Kilometer				
5 Kilometer				

Anzahl Marathonläufe bisher

Anzahl Halbmarathonläufe bisher

Anzahl Ultraläufe bisher

Davon längste Distanz (km/hm)  /

## Informationen zur Trainingssteuerung

Als Vorbild dienen mir heutige Trainingspläne von (z.B. Steffny/Greif/Laufcampus/etc.)

Wie trainieren Sie am liebsten?

herzfrequenzorientiert?  mit Tempovorgaben  nach Körpergefühl

Ruhepuls  Maximalpuls

Angenehmer Trainingspuls  Angenehmes Trainingstempo

Nutzen Sie einen Trainingscomputer?

Nein  Ja,

Was benutzen Sie zur Pulskontrolle?

Einen Herzfrequenzsensor (Brustgurt)  
 Optische Pulsmessung:  am Handgelenk  am Oberarm

Hatten Sie bereits Leistungsdiagnostiken als Feldtest, Laufband- oder Ergometer-Stufentest?

Nein  Ja, am

Hatten Sie bereits eine Leistungsdiagnostik als LC1000?

Nein  Ja, am

bei Laufcampus Trainer

als Selbsttest

Erreichter Puls

Erzieltes Tempo

## Welche Themen interessieren Sie noch?

- |                                                |                                               |                                                    |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Laufstil-Videoanalyse | <input type="checkbox"/> Lauschuhberatung     | <input type="checkbox"/> Konkrete Trainingsplanung |
| <input type="checkbox"/> Lauf-ABC-Übungen      | <input type="checkbox"/> Richtige Lauftechnik | <input type="checkbox"/> Körperfettanteil          |
| <input type="checkbox"/> Tempotraining         | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung   |                                                    |

## Warum sind Sie hier? Welche Ziele haben Sie?

## Leistungsdiagnostik / Gesundheit / Haftungsausschluss:

Mit der Durchführung eines Leistungstests bin ich einverstanden. Es wird ein Test mit ansteigender Belastung vorgenommen, bei der ich mich meiner momentanen maximalen körperlichen Belastung annähre. Absolute körperliche Gesundheit ist dafür eine unabdingbare Voraussetzung. Ich kann den Test jederzeit selber abbrechen. Ich leide bzw. litt nicht an einer chronischen oder akuten Herz-Kreislaufkrankung z.B extremer Bluthochdruck, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herz(klappen)fehler, Herzmuskelentzündung, etc oder einer chronischen oder akuten Erkrankung der Atemwege wie Asthma oder Bronchitis. Über die dem Test notwendige Blutabnahme bin ich informiert und bin damit einverstanden, dass mich der Diagnostiker dazu mit einer Lanzette ins Ohrläppchen sticht. Ich leide nicht an einer Blutgerinnungsstörung und nehme keine gerinnungshemmenden Arzneimittel ein. Ich habe keine sonstigen Krankheiten, bin zur Zeit nicht erkältet und hatte in den letzten zwei Wochen auch keine fiebrige Erkrankung. Ich nehme auf eigene Verantwortung am dem Leistungstest teil und erkenne an, dass Diagnostiker für mögliche Folgeschäden nicht haftbar gemacht werden können.

- Ich habe die Erklärung vollständig gelesen, verstanden und akzeptiert.

Datum

Unterschrift