



## Beratung ▪ Coaching ▪ Training

---

# PERSONAL COACHING

## 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

PERSONAL COACH

Marco Körner

Persönliche Daten

---



## Beratung ■ Coaching ■ Training

Bitte füllen Sie diese Angaben über sich aus:

|            |   |
|------------|---|
| Name:      | Geburtsdatum:                                   |
| Strasse:   | Beruf:  |
| PLZ / Ort: | Rechnungsanschrift:                             |
| Telefon:   | Familienstand:                                  |
| Mobil:     | Empfehlung über:                                |
| Fax:       | Hatten Sie schon<br>mal einen PERSONAL TRAINER? |
| Email:     | Hausarzt:                                       |

### 1. Was erwarten Sie vom PERSONAL COACHING?

---

---

### 2. Allgemeines

2.1. Wenn ich mit dem PERSONAL COACHING zufrieden bin, würde ich den Trainer weiterempfehlen (Referenz auf der Homepage).

ja  nein

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

---

2.3. Hatten Sie schon mal das Gefühl eines Burnout? ja  nein

## Beratung ■ Coaching ■ Training

---

### 3. Themenschwerpunkte und Zielsetzung

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

- Langfristige Trainingsplanung (z.B. für einen Wettkampf)  
Erstellen individueller Trainingsprogramme
- gesundheits-
- fitness-  
oder
- leistungsorientiert
- Funktionelle Übungsausführung (im Alltag: Lasten hochheben, Schreibtischposition...)
- Gesundheits-Checks und Auswertungen
- Time-Management-Strategien mit ganzheitlicher Zielsetzung und Wertehierarchie
- Motivations-/Inspirationstechniken
- Spezifische Übungen für leistungsorientierten Amateursport  
Wenn ja, für welchen?  
\_\_\_\_\_
- Sportartspezifische Trainingsberatung/-pläne
- Spezielle Dienstleistungen wie z.B. Einkauf von Laufschuhen etc.
- Andere Wünsche:  
\_\_\_\_\_

## Beratung ■ Coaching ■ Training

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 Kraftausdauer
- Steigerung der Maximalkraft
- Training des Fettstoffwechsels
- Allgemeine konditionelle Verbesserung
- Verbesserung der Koordination (z.B. für Skifahren, ....)
- Mehr Beweglichkeit in folgenden Körperpartien: Beine, Gesäß, Rücken, Brust,
- Bauch, Arme, Schultern
- Entspannung und Ausgleich zum Job
- Aggressionsabbau
- Verbesserung der Körperwahrnehmung
- Rehabilitationstraining

## 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

## Beratung ■ Coaching ■ Training

---

4.3. In welchen Sportarten haben Sie Erfahrungen und Fertigkeiten gesammelt?

Ball sportart, 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:  
\_\_\_\_\_

## Beratung ■ Coaching ■ Training

---

### 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

## Beratung ■ Coaching ■ Training

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%

---

5.9. Bitte skizzieren Sie kurz einen typischen Tagesablauf mit Uhrzeit.

Morgens: \_\_\_\_\_

Vormittags: \_\_\_\_\_

Mittags: \_\_\_\_\_

Nachmittags: \_\_\_\_\_

Abends: \_\_\_\_\_

Nachts: \_\_\_\_\_

## 6. Ernährungsstil

6.1. Fühlen Sie sich mit Ihrem Gewicht wohl?

- Ja  
 Nein

6.2. Wollen sie abnehmen?





## Beratung ■ Coaching ■ Training

---

- Ich habe geraucht.
  - Alkohol Ich trinke pro Woche
  - Anderes:
- 

6.12. Ernähren Sie sich ausgewogen?

- Ja
- Nein

6.13. Gehören Obst, Gemüse, Fisch, Hülsenfrüchte mit zur wöchentlichen Ernährung?

- Ja
- Nein

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

---

6.15. Wie viel Liter Flüssigkeit nehmen Sie täglich zu sich?

---

6.16. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel ein?

- Nein
  - Ja und zwar:
- 

## 7. Internistische Anamnese (innere Organe und Systeme)

7.1. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

- Nein
  - Ja und zwar (Grund):
- 

7.2. Wann war Ihr letzter Arztbesuch: weswegen?

---

## Beratung ■ Coaching ■ Training

---

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?

Nein

Ja und zwar:

---

7.6. Wissen Sie Ihren Blutdruck?

Nein

Ja und zwar:

---

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

Engegefühle 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:

## Beratung ■ Coaching ■ Training

---

### 7.8. Erkrankungen beim Vater:

- Nein                       Ja, und zwar:  
 Herzinfarkt             Angina Pectoris             Krampfadern

### 7.9. Erkrankungen bei der Mutter:

- Nein                       Ja, und zwar:  
 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?

- Nein                       Ja, und zwar:
- 

### 8.2. Hatten Sie in letzter Zeit ein Schleudertrauma?

- Nein                       Ja, und zwar:
- 

### 8.3. Einschränkungen in den Gelenken?

- Nein                       Ja, und zwar:
- 

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

8.4. Haben Sie irgendwelche anderen gesundheitlichen Einschränkungen, die oben nicht erwähnt wurden?

## Beratung ■ Coaching ■ Training

Nein

Ja, und zwar:

### 9. Medizinische Anamnese

9.1. Nehmen Sie Medikamente ein?

Nein

Ja, und zwar:

9.2. Kennen Sie Ihre Cholesterinwerte?

Nein

Ja, und zwar:

9.3. Wissen Sie Ihren Bauchumfang?

Nein

Ja, und zwar:

### 10 Vitalfunktion

Aktueller Puls (15 Sekunden x 4 multiplizieren):

Blutdruck                      mmHG Systole

mmHG Diastole

|                    |                    |
|--------------------|--------------------|
| Gewicht:           | Körpergröße:       |
| Fettanteil (%)     | Wasseranteil (%)   |
| Stressindex:       | R/H:               |
| Oberarm re.:       | Oberarm li.:       |
| Unterarm re.:      | Unterarm li.:      |
| Brust:             | Bauch:             |
| Taille:            | Hüfte              |
| Oberschenkel re.:  | Oberschenkel li.:  |
| Unterschenkel re.: | Unterschenkel li.: |

### 11.

#### Organisatorisches

11.1. Wo wollen Sie trainieren?



## Beratung ■ Coaching ■ Training

---

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: \_\_\_\_\_