

ANAMNESE

Bitte ausgefüllt zurücksenden an
info@Liebisch-Coaching.de

Dieser Fragebogen dient ausschließlich dazu, das Coaching auf Ihre Bedürfnisse abzustimmen. Die Daten werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Name	.....	Geburtsdatum	.....
Vorname	.....	Beruf	.....
Straße	.....	Leistungssport	.....
PLZ/Ort	.....	Körpergröße	.....
Tel. priv./geschäftl.	.....	Körpergewicht	.....
Tel. mobil	.....	Blutdruck	.....
E - mail	.....	Puls	.....

Wie oder durch wen wurden Sie auf »LIEBISCH Haltung und Auftreten« aufmerksam?

.....

Was sind Ihre Ziele, was möchten Sie erreichen, was möchten Sie verändern, entwickeln oder perfektionieren?

.....

Wie ist die Qualität Ihres Schlafes? 1 = sehr gut 2 3 4 5 6 = nicht gut

Schlafen Sie regelmäßig? ja nein Wie viele Stunden?

Wie ist die Qualität Ihrer Nahrung? 1 = sehr gut 2 3 4 5 6 = nicht gut

Wie regelmäßig essen Sie täglich?

Treiben Sie Sport? nein 1-2/Woche 3-5/Woche Leistungssport

Welche Sportart trainieren Sie?

Rauchen Sie? ja nein

Herzerkrankungen ja nein

Wenn ja, welche?

Kreislaufkrankungen ja nein

Welche?

Stoffwechselerkrankungen ja nein

Zuckerkrankheit (Diabetes)

Sonstiges:

Rückenschmerzen

Wenn ja, bitte zutreffendes ankreuzen

Gibt es einen ärztlichen Befund?

- ja nein
- Lendenwirbelsäule manchmal häufig
- Brustwirbelsäule manchmal häufig
- Halswirbelsäule manchmal häufig

Hüftschmerzen

Gibt es einen ärztlichen Befund?

- ja nein
- rechts links

Arme/Ellenbogen/Handgelenke

Gibt es einen ärztlichen Befund?

- ja nein
- rechts links

Beine/Knie/Sprunggelenke

Gibt es einen ärztlichen Befund?

- ja nein
- rechts links

Schultergürtel

Gibt es einen ärztlichen Befund?

- ja nein
- rechts links

Erlitten Sie je einen Organbruch?

Wenn ja, bitte zutreffendes ankreuzen

- ja nein
- Leistenbruch rechts links
- Prolaps HWS BWS LWS
- Sonstiges:

Leiden Sie unter Hämorrhoiden?

- ja nein

Leiden Sie unter Inkontinenz?

- Stressinkontinenz nein
- Sonstiges:

Für Frauen

Besteht bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft?

- ja nein

Falls ja, in welcher Woche sind Sie schwanger?

.....

Haben Sie Kinder geboren?

- ja nein
- Wie viele?

Hatten Sie einen oder mehrere Kaiserschnitte?

- ja nein

Hatten Sie einen oder mehrere Dammschnitte?

- ja nein

Haben sich Unterleibsorgane gesenkt?

- ja nein

Welche?

.....

Mir ist bewusst, dass ich in eigener Verantwortung trainiere.

.....

Datum und Unterschrift