

Erstanamnese Schwangere & Jungmamas

Sozial-Daten

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Name: Vorname: Titel:

Geschlecht: Geburtsdatum: Alter:

Anschrift: (Plz) Ort Straße Nr.

Telefon: Telefon (mobil):

E-Mail: gelernter Beruf:

Art der Tätigkeit: sitzend ausgeübter Beruf:

sitzend/stehende/gehend (genau beschreiben)

leichte körperliche Arbeit

schwere körperliche Arbeit

Anamnese Körperlicher Allgemeinzustand

JA NEIN

Leiden Sie an Herz-Kreislauf-Problemen/Erkrankungen? (z.B.: Bluthochdruck, Schmerzen in der Brust bei körperlicher Aktivität, Gefäßerkrankungen wie Arteriosklerose oder pAVK, etc.)

Hatten Sie schon einen Schlaganfall oder Herzinfarkt oder haben Sie einen Herzschrittmacher?

Leiden Sie an einer Lungenerkrankung?

Haben Sie Osteoporose oder Osteopenie?

Leiden Sie an Diabetes oder anderen Stoffwechselerkrankungen?

Leiden Sie an einer Essstörung? (Anorexia, Bulimie etc..)

Gibt es in Ihrer Familie einer der obigen Erkrankungen bei Eltern/Geschwistern, ...

Hatten Sie innerhalb der letzten 2 Wochen eine fiebrige Erkrankung oder eine Entzündung?

Falls Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben erklären Sie bitte genauer

.....

Ist Ihr Gebiss/Kiefer in Ordnung?

Falls nein: Entzündungsherde

Zahnschmerzen

Wurzelbehandlung

Karies

Sonstiges

Leiden Sie an orthopädischen Problemen/hatten Sie in den folgenden Regionen Verletzungen/Erkrankungen/Gelenksanomalien,...?

JA NEIN

Wirbelsäule

Schulter

Ellbogen/Handgelenk

Rumpf

Hüfte

Knie

Sprunggelenk

Füße

Sonstige

Schwangerschafts- und Geburtsfragen

Wie oft und in welchem/ welchen Jahre/n waren Sie schwanger und wann haben Sie geboren?

.....

Welche Art der Geburt hatten Sie? Kaiserschnitt , normale Entbindung ?

Rektusdiastase Check – vorhanden?

Ergebnis Rektusdiastase Check: Breite Länge Kompaktheitsgrad

Haben Sie Beschwerden im Bereich des Beckenbodens?

Leiden Sie an Inkontinenz?

Leiden Sie an häufigen Harnwegsinfekten?

Haben Sie eine hyperaktive Blase (häufiger Harndrang)?

Hatten Sie eine Fehlgeburt?

Gab es irgendwelche Komplikationen, Geburtsverletzungen?

Wenn ja, welche? (z.B. Dammschnitt?)

Haben Sie den Wunsch nach weiteren Kindern?

Bitte skizzieren Sie kurz zu ihrer/ihren Geburt/en den Geburtsverlauf.

Bitte nennen Sie vor allem die Besonderheiten (z.B. Saugglocke, sehr lange Presswehen, Notkaiserschnitt)

.....

.....

JA NEIN

Stillen Sie?

Wie lange haben Sie gestillt?

Hatten oder haben Sie derzeit eine Brustentzündung oder sonstige Stillschwierigkeiten?

Leiden Sie momentan an Konzentrationsstörungen?

Leiden Sie momentan an Schwindel?

Leiden Sie momentan an Kopfschmerzen?

Litten Sie während der Schwangerschaft unter:

Ausgeprägter Müdigkeit?

Vaginalen Blutungen?

Unerwarteten Schwächegefühlen oder Verwirrtheit?

Anschwellen der Knöchel, Hände oder des Gesichtes?

Anhaltenden Kopfschmerzen oder Problemen mit Kopfschmerzen?

Erhöhtem Blutdruck?

Anschwellen, Schmerzen oder Rötungen in der Wade?

Abwesenheit von Kindsbewegungen nach dem 6. Monat?

Keine Gewichtszunahme nach dem 5. Monat?

Ungeklärte Bauchschmerzen?

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen mit „ja“ beantwortet haben bitte erklären Sie das genauer:

.....
.....

Hatten Sie plötzliche Schwangerschaftsabbrüche oder vorzeitige Wehen in vorherigen Schwangerschaften?

Hatten Sie eine Mehrfachschwangerschaft? (Zwillinge, Drillinge ..)

Hatten Sie eine Zwillingsgeburt nach der 28. Woche?

Wissen Sie, ob Sie Wachstumsstörungen innerhalb der Gebärmutter haben oder hatten?

Haben Sie während der letzten Schwangerschaft Sport gemacht?

Wenn ja, welchen?

.....
.....

Nach der Schwangerschaft

JA NEIN

Konnten Sie im Wochenbett regenerieren?

Bitte beschreiben Sie kurz, wie Sie das Wochenbett körperlich und psychisch erlebt haben.

.....

Haben Sie im Wochenbett regenerative Übungen (Basis-Übungen) für Beckenboden und Muskelkorsett durchgeführt?

Gab es im Wochenbett Komplikationen?

Wenn ja, welche?

Gab es bei der gynäkologischen Nachsorgeuntersuchung (ca. 6 Wochen nach der Geburt) einen Befund?

Wenn ja, welchen?

Gewohnheiten und Alltag

JA NEIN

Nehmen Sie derzeit Medikamente?

Falls JA: welche, wie lange schon?

Rauchen Sie?

Falls JA, wie viele Zigaretten pro Tag Spitzenraucher / Gelegenheitsraucher

Haben Sie früher geraucht?

Falls JA, wie viele Zigaretten pro Tag? Wie viele Jahre?

Sind Sie gewillt mit dem Rauchen aufzuhören?

Haben Sie schon einmal probiert mit dem Rauchen aufzuhören?

Trinken Sie Alkohol?

Falls JA, wie viel/was pro Tag

Seit wie vielen Jahren trinken Sie Alkohol?

Gab/gibt es Spitzenzeiten? Falls JA, wann, warum?

Gibt es spezielle Situationen in denen Sie (vermehrt) zu Alkohol greifen?

Was bewirkt Alkohol bei Ihnen?

Derzeitiges psychisches Befinden:

Leiden Sie an irgendwelchen sonstigen körperlichen oder geistigen Erkrankungen?

Falls JA, welche (Depressionen, Burnout, Sonstiges)

Welchen Stressoren sind sie derzeit ausgesetzt?

Familiensituation / Zeit für die Familie/Wo:

Familienstand:

Beruf:

Haben Sie lange Stehzeiten in Ihrem Beruf?

Haben Sie lange Sitzzeiten im Beruf?

Wieviel Zeit verbringen Sie (inaktiv) pro Tag vor dem PC/Fernseher?

Wohnsituation (Stadt/Land, Wohnung/Haus, Platz):

Freizeit:

Ernährungsverhalten:

Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie/Tag zu sich?

Grobe Zusammensetzung des Speiseplans?

Wann nehmen Sie über den Tag Ihre Mahlzeiten zu sich?

Wo essen Sie?

Wieviel trinken Sie am Tag?

Leiden Sie an Verdauungsproblemen?

Stuhlgang am Tag

Leiden Sie an Konzentrationsstörungen , Kopfweg , Übelkeit , anderes

Wann?

Sind Sie interessiert an einer Mikronährstoffberatung?

Schlafverhalten:

Wie lange schlafen Sie durchschnittlich in der Nacht?

Wie lange brauchen Sie zum Einschlafen?

Schlafen Sie durch?

Sind Sie erholt nach dem nächtlichen Schlaf?

Allgemeiner Fitnesszustand

JA NEIN

Betreiben Sie derzeit (regelmäßig) Sport?

Falls, ja: was/derzeitiger Zeitaufwand?

Haben sie VOR der letzten Schwangerschaft Sport getrieben?

Wenn ja, welchen? Wie viele Stunden/Woche?

.....

Nennen Sie die körperlichen Belastungen denen Sie derzeit im Alltag ausgesetzt sind.

.....

Haben Sie NACH Ihrer letzten Schwangerschaft ein Rückbildungsprogramm absolviert?

Wenn ja, wie regelmäßig?

Bevorzugte Sportarten: Kraft/Ausdauer/Beweglichkeit/Trendsport/Mannschaft-einzel-Gruppe/...

.....

Persönliche Trainingsziele

Gesundheitsvorsorge / Wohlbefinden / Fitness

Stressreduktion / Entspannung

Gewichts-Abnahme / Fettabbau / Gewebestraffung

Gewichts-Zunahme / Muskelaufbau

Erlebnis

Wettkampfvorbereitung für:

Koordination

Ausdauer

Kraft

Beweglichkeit / Dehnfähigkeit

Soziale Kontakte

Sonstiges:

Anthropometrie

Körpergröße: cm

Normalgewicht: kg

Körpergewicht: kg

Body Mass Index: kg/m²

BMI: <18 Untergewicht/ 18-25 Normalgewicht/ 26-30 leichtes Übergewicht/ 30-40 Adipositas (Fettleibigkeit)/ >40 krankhafte Adipositas

Zeitbudget & Organisatorisches

Wie viel Zeit steht Ihnen insgesamt (inkl. Duschen, ...) zur Verfügung? Std/Wo

Wie viele Std/Woche sind Sie bereit für Training zu investieren? Std/Wo

Wie oft pro Woche wollen Sie trainieren? mal/Wo

An welchen Tagen soll das Training bevorzugt stattfinden?

An welchen Tagen ist kein Training möglich?

Sind Sie ein Frühaufsteher, Nachtmensch, indifferent?

Welche äußeren Faktoren sagen Ihnen zu? Wäre das Training in den folgenden Umgebungen für Sie vorstellbar/zeitlich gut zu managen /wohnortnahe,...

Wasser

Outdoor (Berg,Wald, Park, Sportplatz...)

Indoor (Halle, Studio,...)

Büro

zu Hause

im Fitnessstudio

Welche Trainingsmaterialien (Geräte, Bekleidung) sind vorhanden?

Kraft:

Ausdauer:

Koordination

Bekleidung allgemein:

Sonstiges:

Welche weiteren Hobbies/Interessen haben Sie?

Wieviel Zeit beanspruchen sie?

Bevorzugen Sie das Training

mit einer Gruppe (z.B. Aerobic-Stunden)

alleine nach einem vorgegebenen Trainingsplan

mit einem Personaltrainer?

Soll Ihr Training auch Entspannungs- und Regenerationsmaßnahmen enthalten? JA NEIN

