

1. BEFUND

EINE DETAILLIERTE BEFUNDUNG UND ANAMNESE ERFOLGT ZU BEGINN DEINES INDIVIDUELLEN TRAININGSPROGRAMMS.

Seite 1 von 4

Kontakt

Name:

Vorname:

Alter:

Kontakt (Mail, Telefon, Adresse):

Geschlecht:

Bitte beantworte kurz diese 3 Fragen.

So kann ich mir von deiner aktuellen Situation ein gutes Bild verschaffen und dir dein individuelles Programm empfehlen. Umso kürzer und klarer, desto besser.

1. Warum willst du bei mir trainieren?

2. Was ist dein Ziel?

3. Wieviel Zeit hast du zur Verfügung, um deine Ziele zu verfolgen und wie kann ich dich dabei unterstützen?

Wo siehst du Handlungsbedarf?

- Halswirbelsäule
- Brustwirbelsäule
- Lendenwirbelsäule
- Becken
- Gelenke

Bitte wähle ein Trainingspaket.

START-PAKET S

1 private Sitzung inkl. Anamnese durch physio4me + 1 Personal Training mit dem FaceSpine-Team
für 199 €

START-PAKET M

1 private Sitzung inkl. Anamnese durch physio4me + 3 Personal Trainings mit dem FaceSpine-Team
für 350 €

START-PAKET L

1 Private Sitzung inkl. Anamnese durch physio4me + 5 Personal Trainings mit dem FaceSpine-Team
für 499 €

Telefon: +49 (0) 17621153574
Mail: info@facespine.com

Michaelisstraße 30
99084 Erfurt

Inhaberin:
Anna Graefenhan

FACESPINE



1. BEFUND

1. Gibt es Symptome/Begleitsymptome – wenn ja, welche?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kopf | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Hände | <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Tinnitus |
| <input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl | <input type="checkbox"/> Kribbeln | <input type="checkbox"/> Sehschwäche |
| <input type="checkbox"/> Knochendichte | <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen |

2. Wann treten deine im Tagesverlauf auf?

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> morgens | <input type="checkbox"/> nach Belastung |
| <input type="checkbox"/> mittags | <input type="checkbox"/> ganztägig |
| <input type="checkbox"/> abends | <input type="checkbox"/> eigene Angaben: |

3. Wie intensiv merkst du die Symptome (0 – 10 Skala)?

-
- 0 gar nicht 10 maximal

4. Liegt ein ärztlicher Bericht vor?

- Ja (Bitte füge den ärztlicher Bericht auf Seite 4 ein.) Nein

5. Bitte lade hier ein Bild von dir im Seitenprofil und von vorn hoch (Am besten vor einem Spiegel in Unterwäsche oder eng anliegender Kleidung).

KLICKE HIER

um ein Bild von dir von **VORN** einzufügen.

! Sollte diese Funktion von deinem Reader nicht unterstützt werden, sende mir das Bild bitte einfach per Mail.

KLICKE HIER

um ein Bild von dir im **SEITENPROFIL** einzufügen.

! Sollte diese Funktion von deinem Reader nicht unterstützt werden, sende mir das Bild bitte einfach per Mail.

1. BEFUND

6. Sport: Welche Aktivitäten übst du aus?

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Kraftsport | <input type="checkbox"/> Bouldern | <input type="checkbox"/> Kraft-Ausdauer-Training |
| <input type="checkbox"/> Functional Training | <input type="checkbox"/> Aerobic | <input type="checkbox"/> Pilates |
| <input type="checkbox"/> Joggen | <input type="checkbox"/> Schwimmen | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

7. Wie viel Sport treibst du pro Woche?

- weniger als 1-2 h / Woche
- 1-2 h / Woche
- 2-6 h / Woche
- mehr als 6 h / Woche

8. Ernährung:

8.1 Wie ernährst du dich?

- flexitarisch
- vegetarisch
- vegan
- sonstiges:

Unverträglichkeiten:

8.2 Weitere ernährungsspezifische Fragen

Wieviele Hauptmahlzeiten pro Tag?

Wie viel Liter (Wasser, ungesüßte Tees) trinkst du am Tag?

Wieviele Snackmahlzeiten pro Tag?

Nimmst du Vitalstoffe oder Nahrungsergänzungsmittel zu dir?
Wenn ja, welche:

Wieviele davon werden warm gegessen?

Nimmst du Medikamente ein? Wenn ja, welche:

9. Schlafverhalten:

Wie lange schläfst du nachts?

Schläfst du 1. durch oder wachst du 2. oft auf? 1. 2.

Benutzt du regelmäßig Entspannungstechniken wie autogenes Training, Meditation oder Muskelrelaxation nach Jacobsen? Ja Nein

Betreibst du regelmäßig Powernapping? Ja Nein

10. Nenne mir deine Top 3 Ziele nach Priorität:

1.

2.

3.

1. BEFUND

KLICKE HIER

um deinen **ÄRZTLICHEN BERICHT**
einzufügen.



Sollte diese Funktion von deinem Reader nicht unterstützt werden, sende mir den Bericht bitte einfach per Mail.

Telefon: +49 (0) 17621153574
Mail: info@facespine.com

Michaelisstraße 30
99084 Erfurt

Inhaberin:
Anna Graefenhan



PER MAIL SENDEN *

* Sollte diese Funktion von deinem Reader nicht unterstützt werden, speichere diese Datei und sende sie mir bitte zusammen mit deinen Bildern und dem ärztlichen Bericht per Mail an info@facespine.com.