

## freiwillige Anamnese für die Teilnahme am Yogakurs

**Yogalehrer:** Sven Schneider, BYV  
**Anschrift:** Schützenstr. 10b, 21720 Steinkirchen  
**E-Mail:** mail@yoga-in-buxtehude.de  
**Telefon:** 0177/4208730



**TeilnehmerIn:** \_\_\_\_\_  
**Anschrift:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_

---

### I. Motivation, Ziele, Erfahrungen

1. Mit welcher Motivation haben Sie sich für den Yogakurs angemeldet?

**Ihre Antwort:** \_\_\_\_\_

2. Welches Ziel verfolgen Sie mit dem Besuch des Yogakurses?

**Ihre Antwort:** \_\_\_\_\_

3. Haben Sie schon praktische Erfahrungen mit Yoga gemacht?

**Ihre Antwort:** nein  ja

**wenn ja,** wie würden Sie diese beschreiben:

**wenn ja,** wie würden Sie sich im Yoga selbst einstufen:

Neuling/AnfängerIn   
WiedereinsteigerIn   
erfahrenEr/fortgeschrittenEr AnfängerIn   
FortgeschrittenEr

4. Was wollen Sie in dem Yogakurs lernen bzw. entwickeln?

**Ihre Antwort:** \_\_\_\_\_

5. Was gefällt Ihnen am Yoga nicht?

**Ihre Antwort:** \_\_\_\_\_

6. Bringen Sie eigenes Yogazubehör (wie Matte, Kissen & Decke) mit?

**Ihre Antwort:** nein  ja

wenn ja: eigene Yogamatte  eigenes Yogakissen   
eigene Yogadecke

---

### II. Gesundheit

System/Organ	Beschwerden	ja	nein
Atmung Nase	Nasennebenhöhlenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gereizte Nasenschleimhäute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nasenscheidenwandverkrümmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Polypen in der Nase    
Heuschnupfen    
Allergien

---

Atmung Lunge **ja nein**  
Lungenerkrankung    
wenn ja:  
Husten    
Asthma    
wenn ja: allergisches  
bronchiales    
Bronchitis    
Kurzatmigkeit    
Luftnot    
Lungenentzündung

---

Kreislauf Herz **ja nein**  
Herzrhythmusstörungen    
Herzinfarkt    
Kreislaufprobleme    
Schwindel    
Herzfehler    
Herzschrittmacher    
zu hoher/zu niedriger Blutdruck

---

allg. Erkrankungen **ja nein**  
Schlaganfall    
Durchblutungsstörung    
Diabetes I    
Diabetes II    
wenn ja: Haben Sie Insulin für den Notfall dabei? **ja**  **nein**

---

Augen **ja nein**  
zu hoher/zu niedriger Augendruck    
Sonstige Probleme mit den Augen

---

Verdauung **ja nein**  
Magen-Darm Sodbrennen    
Blähungen    
Erbrechen    
Durchfall    
Verstopfung    
Entzündungen im Darm    
Reizungen im Darm

---

Sonstige **ja nein**  
Konzentrationsstörung    
Kopfschmerzen    
Sehstörungen    
Ohrensausen    
tragen Sie ein Hörgerät    
Schilddrüsenprobleme    
Medikamenteneinnahme    
wenn ja, welche und Dosis? \_\_\_\_\_

---

		<b>ja</b>	<b>nein</b>
Physiologie	Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja:		
	- Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Steißbein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hohlrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rundrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arthritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ischialgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Leistenprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Künstliches Hüftgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knieprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Künstliches Kniegelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Handgelenksprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verspannungen in		
	- Nacken/Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- oberen Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- unteren Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- mittleren Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Brustmuskeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
- Waden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		<b>ja</b>	<b>nein</b>
Psychologie	psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, welche?	_____	
	Therapieerfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wenn ja, wann und Diagnose?	_____	
Einnahme von Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wenn ja, welche und Dosis?	_____		

### III. sonstige Fragen

6. Tragen Sie Narben von OPs, die in den letzten 12 Monaten stattfanden? ja  nein   
wenn ja, wo sind diese Narben: \_\_\_\_\_

7. Sind Sie schwanger? ja  nein   
wenn ja, in welcher Woche: \_\_\_\_\_

8. Bringt Ihre berufliche Situation eine einseitige oder auch fehlerhafte Belastung Ihrer Körpers mit sich? ja  nein   
wenn ja, wie entsteht diese einseitige/fehlerhafte Belastung?  
Ihre Antwort: \_\_\_\_\_

9. Erfahren Sie in Ihrer momentanen Lebensgesamtsituation Stress

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
im Beruf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ihrer Partnerschaft/Ehe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in der Erziehung Ihrer Kinder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ihrem eigen Selbstbefinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
in Ihrem Platz in unserer Gesellschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Sind Ihnen folgende Entspannungstechniken bekannt:

	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Progressive Muskelentspannung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autosuggestionen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visualisierungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affirmationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meditation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dieser Anamnesebogen ist Teil des Yogakursvertrages und dient dabei der Erfassung der gesundheitlichen Verfassung des/der TeilnehmerIn. Mit Hilfe dieses Bogens können Haftungsausschlüsse dokumentiert werden.

Zudem dienen die Angaben auf diesem Bogen der inhaltlichen Gestaltung des Yogakurses mit dem Ziel dem/der TeilnehmerIn Yoga nach seinen/ihren Bedürfnissen, Voraussetzungen und Fähigkeiten anzubieten.

Im Laufe des Yogakurses haben Sie immer wieder die Möglichkeit eigene Wünsche, Bedürfnisse und Vorstellungen zu äußern (besonders Dinge die Ihnen nicht gefallen).

---

Ort, Datum

---

Ihre Unterschrift