

# Formulário de Anamnese - Avaliação Fitness

Nome completo: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_

Contato (Telefone/E-mail): \_\_\_\_\_

Histórico de Saúde: (marcar com X)

Diabetes  Hipertensão  Doenças Cardíacas  Asma  Nenhuma

Outras: \_\_\_\_\_

Lesões ou cirurgias recentes: (marcar com X)

Sim, especificar: \_\_\_\_\_

Não

Atividade física regular: (marcar com X)

Sim  Não

Frequência semanal de exercícios: (marcar com X)

1-2 vezes  3-4 vezes  5-6 vezes  Todos os dias

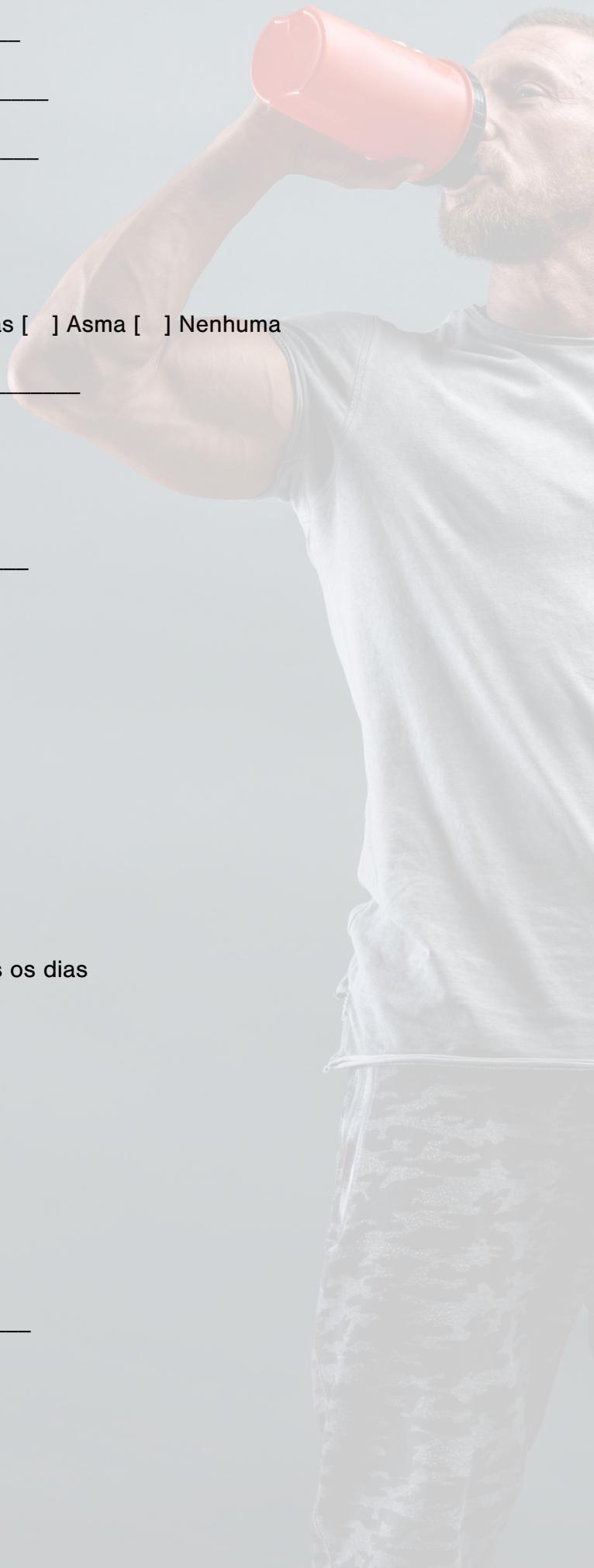
Hábitos alimentares: (marcar com X)

Saudáveis  Moderados  Não Saudáveis

Uso de medicamentos: (marcar com X)

Sim, especificar: \_\_\_\_\_

Não





Objetivo principal com o treinamento: (marcar com X)

Perda de peso  Ganho de massa muscular  Condicionamento físico

Saúde geral  Outras: \_\_\_\_\_

Disponibilidade de horários para treino:

Manhã:  Tarde:  Noite: