

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

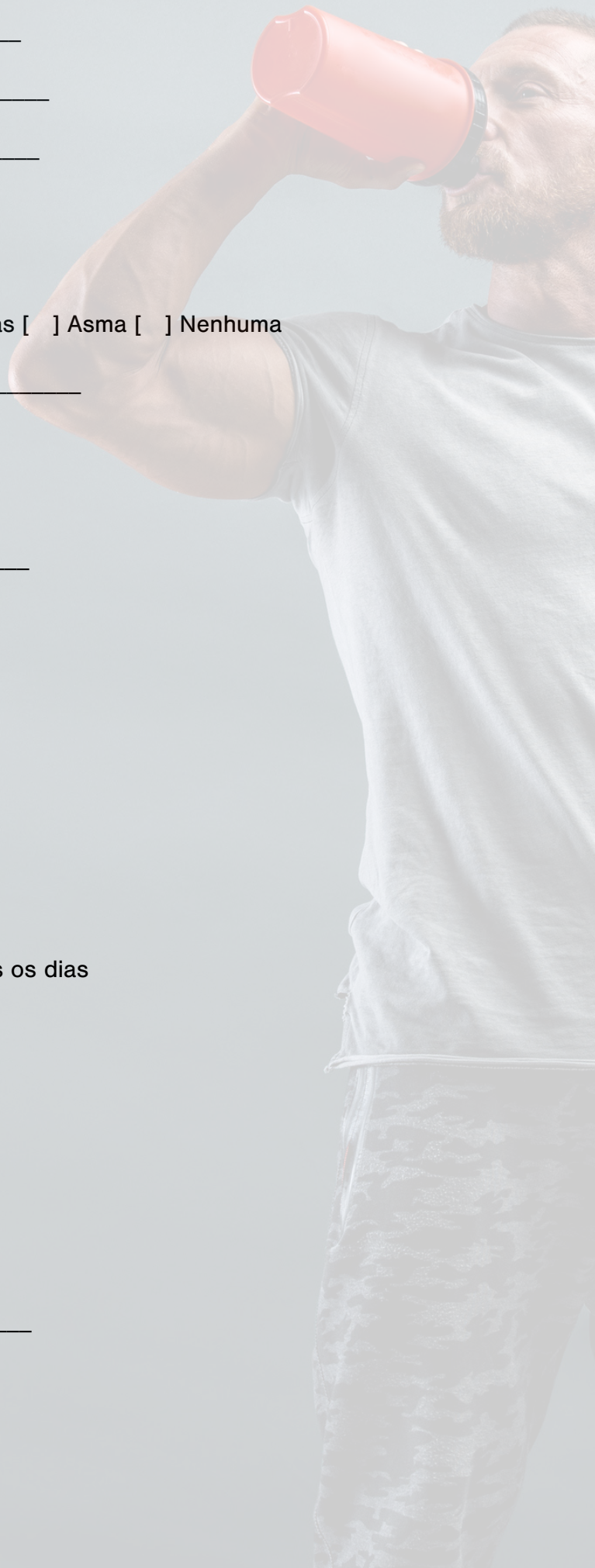
Hábitos alimentares: (marcar com X)

☐ 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: ☐

