

Personenbezogene Daten über den Kursteilnehmer Rehabilitationssport

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . _____

Geschlecht: weiblich männlich

Krankenkasse: _____

Versichertennummer: _____

Telefonnummer: _____

Handynummer: _____

Gesundheitsfragebogen

Anamnesebogen zur Einschätzung des gesundheitlichen Risikos für Sporttreibende.

(Wiederholung nach ca. 2 Jahren, einer halbjährlichen Bewegungspause oder nach besonderen Vorkommnissen)

Mittels folgender Fragen erhalte ich einen Eindruck von Ihrer persönlichen Belastbarkeit und Ihrer sportlichen Vorerfahrung. Diese Informationen helfen mir, ein auf Sie abgestimmtes Kursprogramm durchführen zu können.

Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen.

1. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen des Bewegungsapparates von einem Arzt festgestellt?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> andere Rückenleiden | <input type="radio"/> Morbus Bechterew |
| <input type="radio"/> Bandscheibenvorfall | <input type="radio"/> Arthrose | <input type="radio"/> Entzündliches Rheuma |
| <input type="radio"/> Skoliose | <input type="radio"/> Osteoporose | |
| <input type="radio"/> Unfallfolgen – Beschreibung: | _____ | |
| <input type="radio"/> Operationen – Beschreibung: | _____ | |
| <input type="radio"/> Sonstiges – Beschreibung: | _____ | |

2. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems oder der Atmungsorgane von einem Arzt festgestellt?

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Herzmuskelentzündung | <input type="radio"/> Asthma bronchiale |
| <input type="radio"/> Herzinfarkt | <input type="radio"/> Herzinsuffizienz / Schwäche | <input type="radio"/> Chronische Bronchitis |
| <input type="radio"/> Angina pectoris | <input type="radio"/> Insulinpflichtige Diabetis | |
| <input type="radio"/> Hoher Blutdruck | <input type="radio"/> Obstruktive Atemwegserkrankung | |
| <input type="radio"/> Sonstiges: | _____ | |

3. Sind Sie zurzeit wegen einer dieser Erkrankungen in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?

Nein

Ja, wegen _____

4. Fühlen Sie sich durch die genannten Erkrankungen in Ihrer körperlichen Aktivität eingeschränkt?

Nein

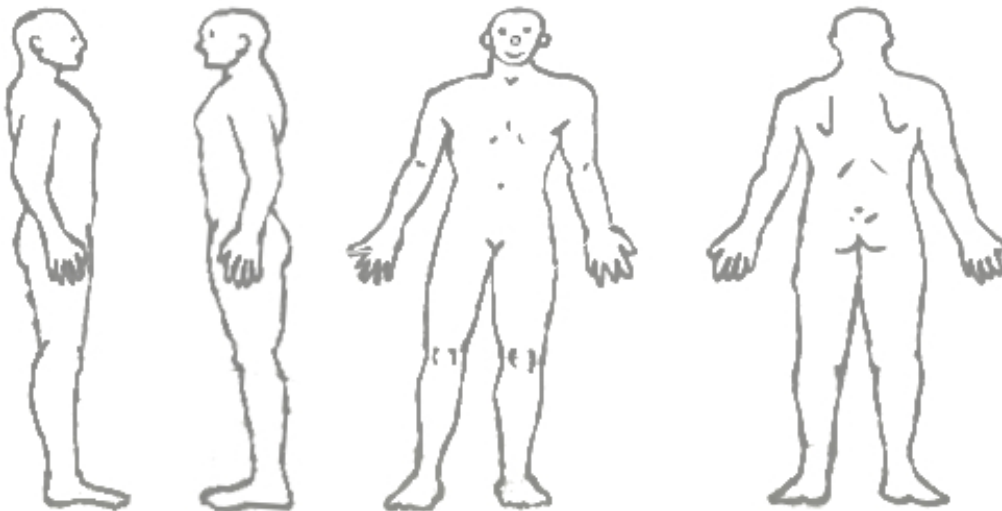
Ja, wegen _____

5. Haben Sie derzeit Schmerzen?

Nein

Ja

Wenn „ja“, bitte lokalisieren Sie die Schmerzen.



Wenn „ja“, wann haben Sie Schmerzen?

konstant

eher selten

belastungsabhängig, wenn _____

hin und wieder, v.a. wenn _____

tageszeitabhängig, v.a. am _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Die Teilnahme an den Kursen geschieht auf eigene Verantwortung. Bei Unfällen, Beschädigungen, Verlust oder Diebstahl haftet der Veranstalter nicht.

Ort, Datum

Unterschrift