

# Anamnese-Bogen REHASPORT



Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

eine gute, sichere und umfassende Betreuung unserer Teilnehmer ist uns wichtig. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre Hilfe. Mit Ihren vollständigen Angaben tragen Sie dazu bei, dass unsere Ärztinnen/Ärzte und Übungsleiter/innen im REHASPORT besser auf Ihre Individuelle Situation eingehen können.

## 1. Persönliche Daten

Name:	
Straße:	
Ort:	
Telefon:	
Email:	
Verordnung gültig bis:	

## Stütz- und Bewegungsapparat

Operationen  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_  nein

Gelenkerkrankungen  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  nein

Knorpelerkrankungen  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  nein

Muskelbeschwerden  ja, und zwar: \_\_\_\_\_  nein

Osteoporose  ja  nein

Rheuma  ja  nein

Ärztlicher Wirbelsäulenbefund  HWS  BWS  LWS  nein

## Herz-Kreislauf-System

Bluthochdruck  ja  nein

Durchblutungsstörungen  ja  nein

Gestörte Blutgerinnung  ja  nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Atemwegserkrankungen

Asthma  ja  nein

Chronische Bronchitis  ja  nein

Raucher  ja  nein

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Sonstiges

Schwindel  ja  nein

Neurologische Erkrankungen  ja und zwar \_\_\_\_\_  nein

Diabetes  ja  nein

Gelenkersatz  ja und zwar \_\_\_\_\_  nein

Migräne  ja  nein

Nehmen Sie Medikamente, welche das Sporttreiben beeinflussen?

- Blutverdünnende Medikamente
- Herzmedikamente
- Asthmaspray
- Insulin
- Sonstiges (bitte eintragen) \_\_\_\_\_

**Notfallkontakt**

Name:	
Telefon:	
Handy:	

**Aufklärung:**

Mir ist bewusst, dass das Verweigern wichtiger Angaben sowie ein Fehlverhalten während des Trainings zu gesundheitlichen Schädigungen führen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Freigabe meiner Angaben zu ausschließlichen Nutzung durch die zuständigen Mitarbeiter des Vereins.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

