

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:	

Stütz- und Bewegungsapparat

Operationen	☐ ja, und zwar: _____	☐ nein
	Wann? _____	
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?

- ☐ Blutverdünnende Medikamente
- ☐ Herzmedikamente
- ☐ Asthmaspray
- ☐ Insulin
- ☐ Sonstiges (bitte eintragen) _____

Notfallkontakt

Name:	
Telefon:	
Handy:	

Eigenverantwortung und Haftungsausschluss

Ich bestätige, dass ich alle mir bekannten gesundheitlichen Einschränkungen und Diagnosen vollständig und wahrheitsgemäß angegeben habe.

Mir ist bewusst, dass das Training auf eigene Gefahr erfolgt, sofern nicht alle relevanten Diagnosen, Beschwerden oder gesundheitlichen Einschränkungen angegeben wurden.

Der Verein sowie die Übungsleitung übernehmen keine Haftung für Schäden, die durch unvollständige oder fehlende Angaben entstehen.

Ich verpflichte mich, Änderungen meines Gesundheitszustandes unverzüglich mitzuteilen.

Datum

Unterschrift

