ANAMNESEBOGEN für Rehabilitationssportler

Liebe Rehasportlerin, lieber Rehasportler,
für einen zielgerichteten und individuellen Rehasport füllen Sie bitte gewissenhaft diesen Anamnesebogen aus.
Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nach Ausscheiden aus der Gruppe vernichtet.

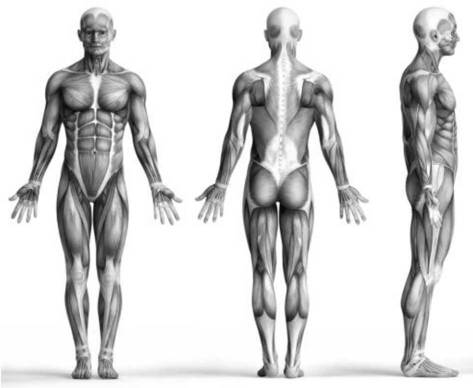
Name: ________________________ **Geburtsdatum (Alter):** ________________________

Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ **Rehagruppe(n):** Tag(e) __________ Zeit(en) __________

Alltägliche Tätigkeit: sitzen ◄- ► stehen

Alltägliche Bewegung: wenig ◄- ► viel

Bitte kreuzen Sie ggf. diejenigen Bereiche ein, die von Beschwerden und/oder Krankheit betroffen sind:



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

Sonstiges: ________________________________

Herz-Kreislauf-System

Bluthochdruck ☐ ja ☐ nein Durchblutungsstörungen ☐ ja ☐ nein

Gestörte Blutgerinnung (Bluter) ☐ ja ☐ nein Sonstiges ____________________

Atemwegserkrankungen

Asthma ☐ ja ☐ nein (Chronische) Bronchitis ☐ ja ☐ nein

Raucher/in ☐ ja ☐ nein Sonstiges ____________________

Stoffwechsel-System

Allergien ☐ ja, und zwar: ________________________________ ☐ nein

Erhöhter Cholesterin-Wert ☐ ja ☐ nein Sonstiges ____________________

Ärztlicher Schilddrüsenbefund ☐ ja ☐ nein Diabetes ☐ ja ☐ nein

Sonstiges

Schwindel ☐ ja ☐ nein Migräne ☐ ja ☐ nein

Einnahme von Medikamenten ☐ ja, und zwar: ________________________________ ☐ nein

Neurologische Erkrankungen ☐ ja, und zwar: ________________________________ ☐ nein

Sportverletzungen ☐ ja, und zwar: ________________________________ ☐ nein

Orthopädische Hilfsmittel ☐ ja, und zwar: ________________________________ ☐ nein

Gelenkersatz ☐ ja, und zwar: ____________________________ ☐ seit __________

Hier nicht Genanntes ____

Unterschrift Rehasportler/in ________________________________