



# 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 Ärzte/Ärztinnen und Übungsleiter/-innen im REHASPORT besser auf Ihre individuelle Situation eingehen können.

## 1. Persönliche Daten

Name, Vorname	Verordnung gültig bis
Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Größe	Gewicht
Behandelnder Arzt	Verordnender Arzt

## 2. Aktuelle Erkrankungen

- |                   |                                   |                                    |                                     |
|-------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Wirbelsäule (WBS) | <input type="checkbox"/> Hals-WBS | <input type="checkbox"/> Brust-WBS | <input type="checkbox"/> Lenden-WBS |
| Schulter          | <input type="checkbox"/> links    | <input type="checkbox"/> rechts    |                                     |
| Oberschenkel      | <input type="checkbox"/> links    | <input type="checkbox"/> rechts    |                                     |
| Knie              | <input type="checkbox"/> links    | <input type="checkbox"/> rechts    |                                     |
| Wade              | <input type="checkbox"/> links    | <input type="checkbox"/> rechts    |                                     |
| Schienbein        | <input type="checkbox"/> links    | <input type="checkbox"/> rechts    |                                     |
| Achillessehne     | <input type="checkbox"/> links    | <input type="checkbox"/> rechts    |                                     |
| Sprunggelenk      | <input type="checkbox"/> links    | <input type="checkbox"/> rechts    |                                     |
| Fuß               | <input type="checkbox"/> links    | <input type="checkbox"/> rechts    |                                     |
| Sonstige          | <input type="checkbox"/> links    | <input type="checkbox"/> rechts    |                                     |

## 3. Weitere Erkrankungen

### 3.1 Bestand oder bestehen weitere Erkrankungen an folgenden Organen?

- Herz       Lunge       Magen       Darm       Niere/Blase

### 3.2 Liegen weitere Erkrankungen vor?

- Diabetes mellitus      Blutzucker (HbA1c) .....
- Bluthochdruck      Blutdruck (mmHg) .....
- Asthma
- Allergien      Welche? .....
- Schwindel
- Andere Stoffwechselerkrankungen      Welche? .....
- Chronische Schmerzen      Welche? .....
- Psychische Erkrankungen
- Sonstiges: .....

### 3.3 Nehmen Sie Medikamente, welche das Sporttreiben beeinflussen und/oder Notfallmedikamente?

- Blutverdünnende Medikamente
- Herzmedikamente
- Asthmaspray
- Insulin
- Sonstiges (bitte eintragen): .....



#### 4. Information über Operationen und Krankenhausaufenthalte

Wann?	
Warum?	
Liegt ein Bericht vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann?	
Warum?	
Liegt ein Bericht vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

#### 5. Anamnese des Sportverhaltens

##### 5.1 Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport?

- Ja                      Welche Sportart/-en? ..... Wie häufig? ..... /pro Woche  
 Nein

##### 5.2 Haben Sie früher Sport getrieben?

- Ja                      Welche Sportart/-en? ..... Wie häufig? ..... /pro Woche  
 Nein

##### 5.3 Fühlen Sie sich im Alltag gestresst?

- öfter                       manchmal                       selten

Begründung: .....

#### 6. Ziele

Welche Ziele möchten Sie durch das REHASPORT-Angebot erreichen? Welche Erwartungen haben Sie an das REHASPORT-Angebot?

.....

#### 7. Notfallkontakt

1. Person			
Name		Vorname	
Telefonnummer		Handynummer	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
2. Person			
Name		Vorname	
Telefonnummer		Handynummer	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

#### 8. 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 zur ausschließlichen Nutzung durch die zuständigen Mitarbeiter des Vereins.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift