

**Anamnese-Bogen Rehabilitationssport / Funktionstraining**

**Formular C1**

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 besser auf Ihre individuelle Situation eingehen können.

**1. Persönliche Daten**

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

**2. Aktuelle Erkrankungen**

Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> Hals-WBS	<input type="checkbox"/> Brust-WBS	<input type="checkbox"/> Lenden-WBS
(WBS) Schulter	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Oberschenkel 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 Fuß	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Sonstige	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
	<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?  Ja  Nein

Wann?

Warum?

Liegt ein Bericht vor?  Ja  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 Angebot erreichen? Welche Erwartungen haben Sie an das 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