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)	☐ Hals-WBS	☐ Brust-WBS	☐ Lenden-WBS
Schulter	☐ links	☐ rechts	
Oberschenkel	☐ links	☐ rechts	
Knie	☐ links	☐ rechts	
Wade	☐ links	☐ rechts	
Schienbein	☐ links	☐ rechts	
Achillessehne	☐ links	☐ rechts	
Sprunggelenk	☐ links	☐ rechts	
Fuß	☐ links	☐ rechts	
Sonstige	☐ links	☐ 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 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