

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte | r Frau | Herr (Name | Vorname) _____

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und füllen ggf. die Freitextfelder aus.

Geschlecht weiblich männlich divers Alter _____

Mein Trainingszustand niedrig durchschnittlich gut sehr gut

Ich würde mich als körperlich fit und gesund bezeichnen Ja Nein eingeschränkt

Wie sieht Ihre Körperhaltung bzw. Bewegung tagsüber überwiegend aus? | Mehrere Angaben möglich

gehend stehend sitzend gebückt hebend tragend _____

Haben | hatten Sie Beschwerden, Erkrankungen, Verletzungen am Bewegungsapparat Ja Nein
(z. B. Kniegelenkarthrose, Osteoporose)? Wenn ja, welche? _____

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und | oder Ihnen in diesem Zusammenhang Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten Monaten Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt? Ja Nein

Leiden Sie unter Asthma oder chronischer Bronchitis? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein

Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben das Bewusstsein verloren? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Stoffwechselstörung (Diabetes/erhöhtes Cholesterin) festgestellt? Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine meldepflichtige Erkrankung festgestellt (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV-Positiv, MRSA-Positiv...)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z. B. Blutverdünner, Blutdrucksenker)? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Wurden bei Ihnen operative Eingriffe durchgeführt? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie aktuelle Beschwerden oder Auffälligkeiten, die Sie für erwähnenswert halten? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Wie häufig fühlen Sie sich durch Stresssituationen belastet? ständig häufig gelegentlich selten nie

Name | Vorname _____

Ort _____

Datum _____

Unterschrift | Bei Minderjährigen einschließlich des Erziehungsberechtigten _____