

# 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 \_\_\_\_\_