

ANAMNESEBOGEN REHASPORT

1. Persönliche Daten

Name, Vorname	Datum
Geburtsdatum	Größe (m)
Ausgeübter Beruf	Gewicht (kg)

2. Aktuelle Erkrankungen

Haben Sie derzeit Beschwerden? Ja Nein

In welcher Körperregion haben Sie derzeit Beschwerden?

<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R+L
<input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R+L
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/> Unterschenkel	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R+L
<input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R+L	<input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R+L
<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R+L	<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> R+L
<input type="checkbox"/> Sonstige		

Handelt es sich um andauernde oder gelegentliche Beschwerden?

Körperregion	dauerhaft	gelegentlich	Seit wann?
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Untersuchungen bzw. Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

.....

.....

.....

.....

3. Frühere oder zusätzliche Erkrankungen

Bestanden oder bestehen weitere Erkrankungen an folgenden Organen?

Herz Lunge Magen Darm Niere/ Blase

Leiden Sie an nachfolgend genannten Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Diabestes mellitus	<input type="checkbox"/> Osteoporose
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Allergien	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input type="checkbox"/> Leistenbruch	<input type="checkbox"/> (sonstige)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Wenn ja, welche?

Nein Ja

.....

Hatten Sie einmal einen Krankenhausaufenthalt oder eine Operation? Wenn ja, wann und weshalb?

Krankenhausaufenthalt

Operation

Hatten Sie früher Verletzungen? Wenn ja, wann und welcher Art?

.....

.....

4. Trainingsanamnese

Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport? Ja Nein

Welche Sportart(en)?

Wie oft trainieren Sie pro Woche? 1x 2x mehr als 2x

Haben Sie früher Sport getrieben? Ja Nein

Welche Sportart(en)?

5. Ziele

Mit welchen Zielen möchten Sie den Rehabilitationssport durchführen?

.....

.....

.....

.....