

Anamnesefragebogen zum Rehasport

Personalien:

Name / Vorname: _____ Geb. Datum: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzklappen, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen) ja [] nein []
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? ja [] nein [] nein, aber einen Stent [] Seit wann? _____

Kreislaufbeschwerden (z.B. Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung) ja [] nein []
Wenn ja, welche? _____

Blutdruck zu hoch [] zu niedrig [] normal [] Nehmen Sie Medikamente? ja [] nein []

Schilddrüsenfunktionsstörung ja [] nein [] Überfunktion [] Unterfunktion []

Erkrankung der Atemwege (z.B. Bronchitis / COPD, Asthma bronchiale, Emphysem) ja [] nein []
Wenn ja, welche? _____

Allergien (z.B. Hausstaub) ja [] nein [] Wenn ja, welche? _____

Diabetes mellitus ja [] nein [] tablettentpflichtig [] insulinpflichtig []

Osteoporose ja [] nein []

Nierenbeschwerden (z.B. Nierensteine, Entzündung) ja [] nein []
Wenn ja, welche? _____

Bewegungs- / Koordinationsstörungen, Schwindel ja [] nein [] Ggf. Symptome: _____

Blutungsneigung (z.B. Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen) ja [] nein []
Wenn ja, welche? _____

Krebserkrankungen (z.B. Lungen-, Darm- oder Brustkrebs, Leberkarzinom etc.) ja [] nein []

Orthopädische Erkrankungen (Bandscheibenvorfall [HWS; LWS], Arthritis/Arthrose) ja [] nein []

Haben Sie chronische Schmerzen? ja [] nein []
Seit wann? _____ Wo? _____

Neurologische Erkrankungen (Schlaganfall, MS, Parkinson etc.) ja [] nein []

Leiden Sie an anderen, nicht hier aufgeführten, Erkrankungen? ja [] nein []
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Gelenkersatz? ja [] nein [] Wenn ja, seit wann? _____
Wo? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

Operationen in den letzten 10 Jahren? ja [] nein [] Ggf. Datum: _____

Datum

Unterschrift