

# Reha-Sport Anamnesebogen



## Meine Personalien:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.datum: \_\_\_\_\_

Berufliche Tätigkeit (aktuell bzw. früher) \_\_\_\_\_

Bewegung / Sport aktuell: \_\_\_\_\_ früher: \_\_\_\_\_

Hobbies: \_\_\_\_\_

## Angehörige (zur Benachrichtigung im Notfall):

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

## Sonstige Diagnosen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| Bluthochdruck (Hypertonie)                                       | <input type="checkbox"/> | Rheuma   | <input type="checkbox"/> |
| Niedriger Blutdruck (Hypotonie)                                  | <input type="checkbox"/> | Venenerkrankungen  | <input type="checkbox"/> |
| Weitere Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt)<br>wenn ja, was? _____ | <input type="checkbox"/> | Osteoporose  | <input type="checkbox"/> |
| Gleichgewichtsstörungen / Schwindel                              | <input type="checkbox"/> | Neurologische Erkrankung (z.B.<br>Schlaganfall, Parkinson, MS)<br>wenn ja, was?<br>_____ | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes   | <input type="checkbox"/> | Psychiatrische Erkrankung  | <input type="checkbox"/> |
| Gelenkersatz<br>wenn ja, wo? _____                               | <input type="checkbox"/> | Chron. Lungenerkrankung  | <input type="checkbox"/> |
| Asthma   | <input type="checkbox"/> | Allergien (z.B. Bienenstich)   | <input type="checkbox"/> |
| Epilepsie  | <input type="checkbox"/> |  |                          |

## Medikamente: (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. eintragen)

- |               |                          |            |                          |
|---------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| Blutverdünner | <input type="checkbox"/> | Diabetes   | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | Asthaspray | <input type="checkbox"/> |

Sonstige: \_\_\_\_\_

# Reha-Sport Anamnesebogen



## Schmerzen:

Nein  ja

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Wenn ja, welcher Art (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Bewegungsschmerz

Ruhschmerz

(Morgentlicher) Anlaufschmerz

## Bewegungseinschränkung:

Nein  ja

Wenn ja, was geht nicht mehr? \_\_\_\_\_

## Meine Erwartungen an den Reha-Sport:

\_\_\_\_\_

## Mein(e) Ziel(e) für den Reha-Sport:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Teilnehmer/In

Die Angaben erfolgen freiwillig und werden gemäß den gesetzl. Datenschutzbestimmungen an keinen Unbefugten weitergegeben. Sie stehen nur der Übungsleiterin für diesen Kurs zur Verfügung und werden nach Beendigung des Kurses datenschutzgerecht vernichtet.

Rehasport-Gruppe \_\_\_\_\_ (wird vom TuS eingetragen)