

## Petra Schwenter

Reha-Sport-Trainerin

Tel: 0151 253 44 246

[www.petra-schwenter.de](http://www.petra-schwenter.de)

[sport@petra-schwenter.de](mailto:sport@petra-schwenter.de) / [reha-orthopaedie@petra-schwenter.de](mailto:reha-orthopaedie@petra-schwenter.de)



### Gesundheitsfragen/Anamnese-Bogen zur Teilnahme am Reha-Sport & Feldenkrais®-Lektionen

Dieser Fragebogen wird streng vertraulich behandelt!

Nur die jeweils verantwortlichen Trainer werden diese Daten erhalten. Prinzipiell ist die Teilnahme am Reha-Sport & Feldenkrais®-Lektionen mit jedem Gesundheitszustand möglich. Sicher haben Sie Sie Verständnis dafür, dass ich über individuelle Einschränkungen informiert sein möchte, um Sie nicht zu überfordern.

Falls sich während der Reha-Verordnungs-Zeit, bzw. der Feldenkrais®-Kurse irgendeine meldepflichtige, ansteckende Krankheit bekommen sollten, so sind Sie verpflichtet, mir dies sofort mitzuteilen.

Mit der Unterzeichnung dieses Fragebogens bestätigen Sie, dass die darin gegebenen Informationen, nach bestem Wissen, wahr und vollständig sind.

Bitte senden Sie den ausgefüllten und unterschriebenen Fragebogen, zusammen mit den anderen Unterlagen an mich zurück.

#### **Persönliche Daten:**

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

Straße & Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Tel. / Handy: \_\_\_\_\_

Email.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

#### **1. Haben Sie folgende Erkrankungen/Beschwerden:**

Hoher Blutdruck Nein/Ja \_\_\_\_\_

Niedriger Blutdruck Nein/Ja \_\_\_\_\_

Herzerkrankung Nein/Ja \_\_\_\_\_

Herzinfarkt gehabt Nein/Ja \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher Nein/Ja \_\_\_\_\_

Herzrhythmusstörungen Nein/Ja \_\_\_\_\_

Diabetes Nein/Ja \_\_\_\_\_

Asthma Nein/Ja \_\_\_\_\_

COPD/Stadium Nein/Ja \_\_\_\_\_

Epilepsie Nein/Ja \_\_\_\_\_

Parkinson Nein/Ja \_\_\_\_\_

Burn-out/Depression Nein/Ja \_\_\_\_\_

Schlafstörungen Nein/Ja \_\_\_\_\_

Schlafgewohnheiten/Schlafzeiten/Dauer \_\_\_\_\_

Sonstiges Nein/Ja \_\_\_\_\_

Nehmen Sie wegen der oben genannten Erkrankungen Medikamente ein?  
Nein/Ja \_\_\_\_\_

Sind Sie wegen einer der oben genannten Erkrankungen zurzeit in ärztlicher Behandlung?  
Nein/Ja \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Petra Schwenter

Reha-Sport-Trainerin

Tel: 0151 253 44 246

[www.petra-schwenter.de](http://www.petra-schwenter.de)

[sport@petra-schwenter.de](mailto:sport@petra-schwenter.de) / [reha-orthopaedie@petra-schwenter.de](mailto:reha-orthopaedie@petra-schwenter.de)



### 2. Haben Sie Erkrankungen/Beschwerden in folgenden Bereichen:

Halswirbelsäule                      Nein/Ja \_\_\_\_\_

Brustwirbelsäule                    Nein/Ja \_\_\_\_\_

Lendenwirbelsäule                Nein/Ja \_\_\_\_\_

Schulter                                Nein/Ja \_\_\_\_\_

Ellenbogen                          Nein/Ja \_\_\_\_\_

Hand                                    Nein/Ja \_\_\_\_\_

Hüfte                                    Nein/Ja \_\_\_\_\_

Knie                                     Nein/Ja \_\_\_\_\_

Fuß/Sprungelenk                  Nein/Ja \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ist einer der oben genannten Bereiche stark in der Beweglichkeit eingeschränkt?

Nein/Ja \_\_\_\_\_

Haben Sie künstliche Gelenke?    Nein/Ja \_\_\_\_\_

Nehmen Sie wegen einer der oben genannten Erkrankungen Medikamente ein?

Nein/Ja \_\_\_\_\_

Sind Sie wegen einer der oben genannten Erkrankungen zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Nein/Ja \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen in den letzten Jahren größere Operationen durchgeführt?

Nein/Ja \_\_\_\_\_

Treiben Sie regelmäßig (mind. 1x pro Woche) Sport? – wenn ja – welchen?

Nein/Ja \_\_\_\_\_

Gibt es sonstige Informationen, die Sie mir in Bezug auf Ihre Gesundheit mitteilen sollten?

Nein/Ja \_\_\_\_\_

### 3. Welche Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Training? (Mehrfachnennung möglich)

O Schmerzfreiheit / O Muskelaufbau / O Rumpf-Körperhaltung (Wirbelsäule) / O Herz-Kreislauf-stabilisierendes/verbesserndes Training / O Allgemeine Fitness / O Kraft & Ausdauer / O Mobilisierung / O Beweglichkeit / O Konzentrationsfähigkeit / O mentale Stärke /

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