

Petra Schwenter

Reha-Sport- & Feldenkrais-Trainerin

Tel: 0151 253 44 246

www.petra-schwenter.de

info@petra-schwenter.de



Persönliche Daten:

Name, Vorname: _____

Straße & Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. / Handy: _____

E-Mail.: _____

Beruf: _____

Geburtstag: _____

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

[Dieser Fragebogen wird streng vertraulich behandelt!](#)

Ich, Petra Schwenter, begrüße Sie ganz herzlich.

Um die Bewegungseinheiten optimal an Sie persönlich anpassen zu können und für Ihre medizinische Sicherheit sorgen zu können, benötige ich ihre Unterstützung.

Bitte füllen Sie dieses Formular wahrheitsgetreu und mit allen wichtigen Informationen zu Ihrer Person aus. Wichtig können z.B. weitere Beschwerden wie eine Herzschwäche oder Diabetes sein, ein Gelenkersatz bzw. eine entzündliche Erkrankung oder eine operative Narbe sein.

Falls Sie Diabetiker oder Asthmatiker sind, bringen Sie bitte Ihre notwendigen Medikamente für einen Notfall, bzw. Ihre Messgeräte mit in die Stunde.

Falls Besonderheiten nach der letzten Stunde aufgetreten sind oder neue Befunde berücksichtigt werden sollen, informieren Sie mich bitte.

Um eine reibungslose und angenehme Stunde für Sie, bzw. alle TN gewährleisten zu können, gibt es bei uns Gruppenregeln, die Sie bitte genau durchlesen und mit Ihrer Unterschrift anerkennen:

- **Bitte kommen Sie pünktlich zu Ihrer Reha-Sport-, bzw. Feldenkrais-Stunde**
- **Es gilt eine Schweigepflicht für alle Teilnehmer (was im Kurs passiert, bleibt im Kurs)**
- **Den Kursraum während der Stunde bitte nur in Absprache mit mir verlassen**
- **Aktive Mitarbeit und eine Reflexion von Ihnen erleichtert mir den Ablauf**
- **Handy bitte ausschalten/stumm schalten**
- **Schmuck aufgrund der Verletzungsgefahr bitte ablegen**
- **Unterbrechungen (gesundheitliche Problematiken von Teilnehmern) haben immer Vorrang**
- **Hallensport-Schuhe, bzw. Anti-Rutsch-Socken tragen**
- **bringen Sie die eigene Gymnastik-Matte, Kopfunterlage und evtl. etwas zum Trinken (Plastik-Flasche) mit**
- **Achten Sie bitte auf die aktuellen Hygienemaßnahmen (Covid19)**

Petra Schwenter

Reha-Sport- & Feldenkrais-Trainerin

Tel: 0151 253 44 246

www.petra-schwenter.de

info@petra-schwenter.de



Bitte tragen Sie hier Ihre relevanten/aktuellen Beschwerden, sowie Ihre momentanen verordneten Medikamente (Bitte ALLE Medikamente aufführen – sollte ein Notfall sein, können wir so dem Notarzt dieses Formular aushändigen, damit eine optimale Versorgung für Sie stattfinden kann!)

Covid19/Corona

O Geimpft

O C-Genesen

1. Haben Sie folgende Erkrankungen/Beschwerden:

Hoher Blutdruck	Nein/Ja _____
Niedriger Blutdruck	Nein/Ja _____
Herzerkrankung	Nein/Ja _____
Herzinfarkt gehabt	Nein/Ja _____
Herzschritmacher	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 _____
Psychische Erkrankungen	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 _____

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 _____

Petra Schwenter

Reha-Sport- & Feldenkrais-Trainerin

Tel: 0151 253 44 246

www.petra-schwenter.de

info@petra-schwenter.de



Fuß/Sprunggelenk

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 _____

Empfohlen von: _____

Behandelnder Arzt: _____

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

Schmerzfreiheit

Muskelaufbau

Rumpf-Körperhaltung (Wirbelsäule)

Allgemeine Fitness

Kraft & Ausdauer

Mobilisierung

Beweglichkeit

Konzentrationsfähigkeit

mentale Stärke

Entspannung

Herz-Kreislauf-stabilisierendes/verbesserndes Training

Ort, Datum _____

Unterschrift _____