

Eingangsfragebogen Training

| Name/Vorname: | | | Geboren am: | | | | |
|--|---|------------------------|---|--|--|--|--|
| Bitte füllen Sie die Vorder- und Ri Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, ein erstellen. Wir unterliegen, wie auch jo Angaben selbstverständlich vertrauli | n hochwertiges, e eder Arzt, der ges | effektives und sichere | 0, 0 | | | | |
| Überwiegende Alltagsaktivitäten □ sitzen □ stehen | □ gehen | □ körperliche Arbe | eit | | | | |
| ⊐ spezielle Arbeitshaltung/Belastung | gen: | | | | | | |
| ⊐ sonstige: | | | | | | | |
| Bitte nennen Sie Ihre wichtigsten □ Gewichtsreduktion □ Schmei | | □ Stressabbau | □ Kräftigung & Stabilisation | | | | |
| □ Ausdauer □ Beweglichkeit | | | | | | | |
| □ sonstige: | | | | | | | |
| Falls Sie verletzt sind: Welchen Aktivi Gibt es Sportarten, die Sie früher reg | | | | | | | |
| , | | | e, Bänderrisse, etc.) hatten Sie in der nnerhalb der letzten 12 Monate bitte | | | | |
| Jahr | Verletzu | ung/Art der OP | Welche Beschwerden sind davon noch vorhanden? | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 1 | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Aktuelle Beschwerden und Schmerzen

Bitte zeichnen Sie die Stellen ein, an denen Sie Beschwerden haben.

| (p | Per | | ((ju) | Wann sind die Beschwerden am stärksten? | | | | | | |
|------------------|--|---|--------------|---|--------------|---------------------|-------------|-------------|--|--|
| | | | | □ während | Belastung | □ nac | h Belastung | □ dauerhaft | | |
| $\{1\}$ | | | (1) | □ in Ruhe | \Box na | chts | | | | |
| \ <i>}</i> | | 1 (-1) | | □ nach Ruhephasen (z.B. morgens, langes sitzen) | | | | | | |
|)/ | | | | Welcher Art sind die Beschwerden? | | | | | | |
| | | | \ | □ Kribbeln | □Та | ubheit | □ Kraftlosi | gkeit | | |
| } | | $\left\{ -\left\{ \right\} - \left\{ \right\} \right\}$ | | □ stechend | □ zie | hend | □ dumpf/c | drückend | | |
|) | | | | Wann traten die Beschwerden erstmals auf? | | | | | | |
| Bitte g | geben Sie beka | ınnte Beschwerde | n und Erkr | ankungen an | | | | | | |
| □ Schi | ☐ Schlafstörungen ☐ psychische Erkrankung/Depression | | | | | n □ hoher Blutdruck | | | | |
| □ Herz | ☐ Herzrhythmusstörungen ☐ Schilddrüsendys | | | ysfunktion | □ Diab | etes | □ Osteopo | rose | | |
| □ Rhe | uma | □ Asthma | | □ Krebs | | | | | | |
| □ sons | stige: | | | | | | | | | |
| Nehm | en Sie aktuell | Medikamente? | | | | | | | | |
| □ Schi | merzmittel (wer | nn ja, welche und w | rie häufig?) | | | | | | | |
| □ Blut | □ Blutverdünner □ beta-Blocker □ Blutdru | | ucksenker | ☐ Choleste | rinsenker | - | | | | |
| □ Anti | □ Antidepressiva □ Schilddrüsenmedikament | | | □ sonstige: | | | | | | |
| Haber | n Sie Beschwer | den, die mit dem | Beckenboo | den zusamme | nhängen? (| z.B. Blase | nschwäche) | | | |
| □ <i>ja, f</i> e | olgende: | | | | | | | | | |
| □ nein | 7 | | | | | | | | | |
| Ärztlic | che Richtlinien | und Empfehlunge | en | | | | | | | |
| | | aten, bestimmte Be | | oder Bewegun; | gen zu unter | lassen? | | | | |
| | | kbewegungen, Herz | | | | | | | | |
| □ <i>ja, f</i> e | olgendes: | | . , . | | | | | | | |
| □ nein | | | | | | | | | | |
| طوا | voicheus dass | allo obon state | lon Angell | on richtic | voll=+#:==! | raisal | | | | |
| ich vei | rsichere, aass | alle oben stehend | ieri Angabe | en richtig und | voiistanaig | sina. | | | | |
| D.: | -1 | | | | 11-4- | C. | | | | |
| หลงเคา | sburg, den | | | | Unterschri | 11 | | | | |