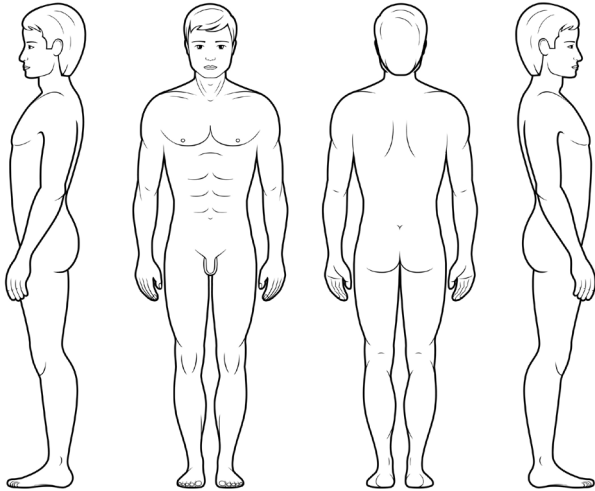


Aktuelle Beschwerden und Schmerzen

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



Wann sind die Beschwerden am stärksten?

- während Belastung nach Belastung dauerhaft
 in Ruhe nachts
 nach Ruhephasen (z.B. morgens, langes sitzen...)

Welcher Art sind die Beschwerden?

- Kribbeln Taubheit Kraftlosigkeit
 stechend ziehend dumpf/drückend

Wann traten die Beschwerden erstmals auf?

Bitte geben Sie bekannte Beschwerden und Erkrankungen an

- Schlafstörungen psychische Erkrankung/Depression hoher Blutdruck
 Herzrhythmusstörungen Schilddrüsendysfunktion Diabetes Osteoporose
 Rheuma Asthma Krebs
 sonstige: _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente?

- Schmerzmittel (wenn ja, welche und wie häufig?)

- Blutverdünner beta-Blocker Blutdrucksenker Cholesterinsenker
 Antidepressiva Schilddrüsenmedikament sonstige: _____

Haben Sie Beschwerden, die mit dem Beckenboden zusammenhängen? (z.B. Blasenschwäche)

- ja, folgende: _____

- nein

Ärztliche Richtlinien und Empfehlungen

Hat Ihnen ein Arzt geraten, bestimmte Belastungen oder Bewegungen zu unterlassen?

(z.B. bestimmte Gelenkbewegungen, Herzfrequenzgrenze, kein schweres Heben etc.)

- ja, folgendes: _____

- nein

Ich versichere, dass alle oben stehenden Angaben richtig und vollständig sind.

Ravensburg, den _____

Unterschrift _____