

## Eingangsfragebogen Training

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

**Bitte füllen Sie die Vorder- und Rückseite vollständig aus.**

Mit Ihren Angaben helfen Sie uns, ein hochwertiges, effektives und sicheres Trainingsprogramm für Sie zu erstellen. Wir unterliegen, wie auch jeder Arzt, der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht und behandeln Ihre Angaben selbstverständlich vertraulich.

**Überwiegende Alltagsaktivitäten**

sitzen       stehen       gehen       körperliche Arbeit

spezielle Arbeitshaltung/Belastungen:

sonstige: \_\_\_\_\_

**Bitte nennen Sie Ihre wichtigsten Trainingsziele**

Gewichtsreduktion       Schmerzreduktion       Stressabbau       Kräftigung & Stabilisation

Ausdauer       Beweglichkeit

sonstige: \_\_\_\_\_

**Körperliche Aktivität und Sport**

Welche körperlichen Aktivitäten üben Sie momentan in Alltag und Freizeit aus? Wie oft?

\_\_\_\_\_

Falls Sie verletzt sind: Welchen Aktivitäten möchten Sie wieder nachgehen können?

\_\_\_\_\_

Gibt es Sportarten, die Sie früher regelmäßig ausgeübt haben? Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

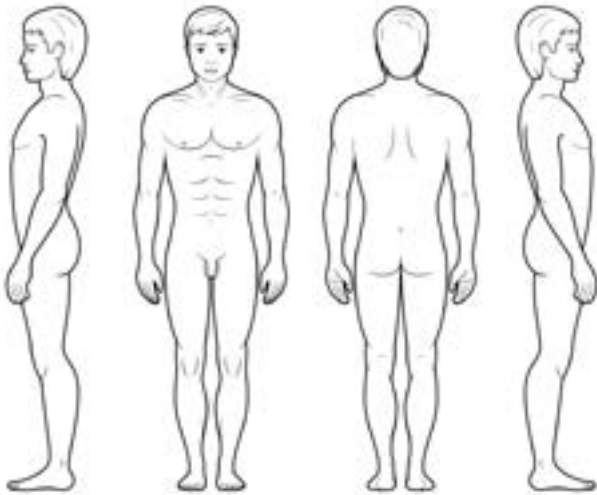
**Verletzungen und Operationen**

Welche Operationen und größere Verletzungen (Schleudertrauma, Brüche, Bänderrisse, etc.) hatten Sie in der Vergangenheit (auch unabhängig von der aktuellen Situation)? Bei OPs innerhalb der letzten 12 Monate bitte das vollständige Datum angeben.

Jahr	Verletzung/Art der OP	Welche Beschwerden sind davon noch vorhanden?

## 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 \_\_\_\_\_