

Aufnahmefragebogen

Training/Prävention

Ihre vollständigen Angaben benötigen wir, um ein individuell angepasstes, sicheres und effektives Trainingsprogramm für Sie zu erstellen. Selbstverständlich behandeln wir Ihre Gesundheitsdaten sensibel. Wir unterliegen, wie jeder Arzt, der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht.

Name/Vorname: _____ Geboren am: _____

Beruf/Alltagsaktivitäten: _____

1. Was sind Ihre Trainingsziele? (Bitte beschreiben Sie Ihre Trainingsziele)

- Körperfett-/Gewichtsreduktion Stressabbau Schmerzreduktion
 Kräftigung/Stabilisation Steigerung der Ausdauer Verbesserung der Beweglichkeit

2. Körperliche Aktivität

Sind Sie momentan körperlich/sportlich aktiv? Wenn ja, was und wie regelmäßig?

Waren Sie früher körperlich/sportlich aktiv? Wenn ja, welche Sportarten haben Sie regelmäßig betrieben? _____

3. Bekannte Erkrankungen

- Diabetes Bluthochdruck Herzrhythmusstörungen Depression Krebs
 Allergien Asthma Schilddrüsenerkrankung Osteoporose Rheuma
 Neurologische Erkrankungen Sonstige: _____

Kommentar/Notiz: _____

4. Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, wie häufig?

- Schmerzmittel Blutverdünner Beta-Blocker Blutdrucksenker Cholesterinsenker
 Antidepressiva Schilddrüsenmedikament Sonstige: _____

Kommentar: _____

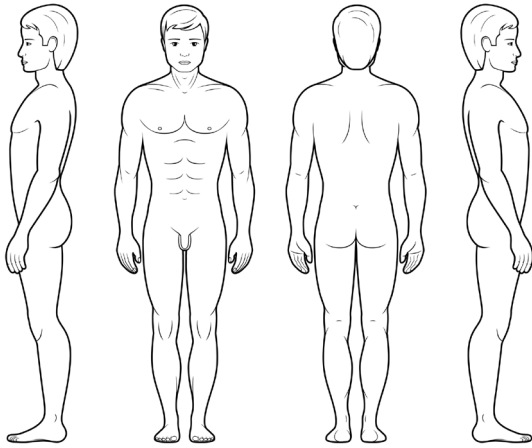
5. Leiden Sie unter Beschwerden, die mit dem Beckenboden zusammenhängen?

(z.B. Blasenschwäche) Ja Nein

Kommentar: _____

6. Befund (Bitte zeichnen Sie die Stellen ein, an denen Sie Schmerzen/Beschwerden haben.)

a) Wodurch werden die Schmerzen ausgelöst?



b) Welcher Art sind die Beschwerden: Kribbeln Taubheit Kraftlosigkeit

dumpfer Schmerz stechender Schmerz ziehender Schmerz

c) Haben Sie Ihre Beschwerden: permanent mit Unterbrechungen

Ihre Beschwerden sind: gleich bleibend besser werdend verschlechternd

d) Wie lange bestehen die Beschwerden schon? _____

e) Haben Sie Ihre Beschwerden beim Husten, Niesen, Pressen oder Schlucken?

Ja Nein

f) Haben Sie nachts Schmerzen: Ja Nein

7. Operationen

Welchen Operationen mussten Sie sich bisher unterziehen?

Datum/Jahr	Grund	nach wie vor vorliegende Beschwerden

8. Medizinische Einschränkungen

Gibt oder gab es seitens Ihres Arztes Einschränkungen bzgl. körperlicher Aktivität/Belastbarkeit?

Ja, folgende: _____ Nein

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

Datum

Unterschrift