Anamnesebogen für Trainingsbereich

ProPhysio
Sport- und Unfallrehabilitation im VITANUM

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____

Beruf: _____ Tel. privat: _____

E-Mail: _____ Tel. Arbeit: _____

Im Notfall bitte verständigen (Name/Tel.): _____

Größe: _____ Gewicht: _____ Ruhe-Puls: _____ Blutdruck: _____

Beantworten Sie bitte folgende Fragen zur Gesundheit ehrlich mit „ja“ oder „nein“.
Wenn Sie Fragen mit „ja“ beantwortet haben, erläutern Sie diese bitte näher auf der Extra-Seite.
„persönliche Krankheitsgeschichte“.

		Ja	Nein
1.	Haben Sie orthopädische Probleme/Erkrankungen (z. B. Arthrose/itis, Osteoporose, Rheuma o. ä. an Händen, Ellenbogen, Schulter, Wirbelsäule, Hüfte, Knien, Füßen etc.)?	☐	☐
2.	Haben Sie Krebs oder sind Sie momentan in chemotherapeutischer Behandlung?	☐	☐
3.	Haben Sie Herzprobleme oder andere Erkrankungen des Herzkreislaufsystems (z. B. Durchblutungsstörungen, Arteriosklerose, Thrombosen, Bluthochdruck etc.)?	☐	☐
4.	Haben Sie Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes Typ I oder II, Erkrankungen der Schilddrüse, Leber oder Nieren)?	☐	☐
5.	Haben Sie mentale Gesundheitsprobleme oder Lernschwierigkeiten (z.B. Demenz, Depression, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Essstörungen etc.)?	☐	☐
6.	Haben Sie Erkrankungen der Atemwege (z. B. Asthma, COPD, Allergien, etc.)?	☐	☐
7.	Bestehen andere medizinische Diagnosen/Erkrankungen oder Einschränkungen, die oben nicht aufgeführt sind?	☐	☐
8.	Nehmen Sie derzeit Nahrungsergänzungsmittel irgendwelcher Art zu sich (z. B. zur Diät, Muskelaufbau, bei Mangelerscheinungen etc.)?	☐	☐
9.	Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder verschriebene Arzneimittel (Erläutern Sie bitte Name, Dosierung und den Grund der Einnahme.)?	☐	☐
10.	Wurden bei Ihnen chirurgische Eingriffe oder Operationen durchgeführt?	☐	☐
11.	Haben oder hatten direkte Verwandte eine Herzerkrankung vor dem 60. Lebensjahr?	☐	☐
12.	Haben Sie momentan oder hatten Sie in den letzten zwei Wochen eine Erkältung?	☐	☐
13.	Wurden Sie schon einmal ins Krankenhaus eingeliefert? Nennen Sie bitte Grund, Zeitpunkt und Dauer des Aufenthalts.	☐	☐
14.	Sind Sie derzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Nennen Sie bitte den Grund der Intervention und seit wann die Behandlung durchgeführt wird.	☐	☐
15.	Sind Sie Raucher oder Ex-Raucher? Bitte nennen Sie Anzahl der Zigaretten pro Tag und seit wann Sie rauchen bzw. wie lange und wie viel Sie geraucht haben.	☐	☐
16.	Trinken Sie Alkohol? Bitte schätzen Sie jeweils die Menge Bier, Wein _____ pro Woche.	☐	☐
17.	Ist Ihr letzter Arztbesuch bereits länger her? Wenn ja, wie lange? _____	☐	☐

18. Wie lässt sich Ihre Ernährung am ehesten beschreiben?

☐ Low-Fat ☐ Low-Carb ☐ High-Protein ☐ vegetarisch/vegan ☐ nichts Spezielles

19. Wie sieht Ihr Aktivitätslevel im Job aus?

☐ kein (ausschließlich sitzend) ☐ mittel (leichte Aktivität, gehen) ☐ hoch (sehr aktiv)

20. Wie oft sind Sie auf Reisen?

☐ selten ☐ ein paar Tage im Jahr ☐ ein paar Tage im Monat ☐ wöchentlich

Persönliche Krankheitsgeschichte:
Ergänzen Sie bitte wichtige Details zu den Gesundheits-Fragen, die Sie mit „ja“ beantwortet haben.

Nr.	Details

Relevante Fragen zur Trainingsdurchführung - wichtig:

	Ja	Nein
• Akute Erkrankungen, bakterielle Infektionen oder entzündliche Prozesse?	☐	☐
• Kürzlich vorgenommene Operationen (< 2 Monate)?	☐	☐
• Arteriosklerose, arterielle Durchblutungsstörungen?	☐	☐
• Stents oder Bypässe, die weniger als 6 Monate aktiv sind?	☐	☐
• Unbehandelter Bluthochdruck?	☐	☐
• Diabetes Mellitus?	☐	☐
• Schwangerschaft?	☐	☐
• Elektrische Implantate, z.B. Herzschrittmacher?	☐	☐
• Tumor- oder Krebserkrankungen?	☐	☐
• Blutungsstörungen, Blutungsneigungen (Hämophilie)?	☐	☐
• Neuronale Erkrankungen, Epilepsie?	☐	☐
• Bauchwand- oder Leistenhernien?	☐	☐
• Herz-Rhythmus-Störungen?	☐	☐

Fragen, die einer ärztlichen Klärung bedürfen:

	Ja	Nein
• Akute Rückenbeschwerden ohne Diagnose?	☐	☐
• Akute Neuralgien, Bandscheibenvorfälle?	☐	☐
• Haben Sie Implantate (Prothesen), die älter als 6 Monate sind?	☐	☐
• Erkrankungen der inneren Organe (insbes. Nieren)?	☐	☐
• Cardiovaskuläre Erkrankungen?	☐	☐
• Arthrose, Gelenkserkrankungen?	☐	☐
• Epilepsie (mehr als 12 Monate anfallsfrei)?	☐	☐
• Bewegungskinetose?	☐	☐
• Größere Flüssigkeitsansammlungen im Körper, Ödeme?	☐	☐
• Offene Hautverletzungen, Wunden, Ekzeme, Verbrennungen?	☐	☐
• Varikosis, Krampfadern?	☐	☐
• Akuter Einfluss von Alkohol, Drogen, Rauschmitteln?	☐	☐
• Einnahme von Medikamenten?	☐	☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Sollten sich während der Vertrags-/ Trainingszeit Änderungen zu den ausgefüllten Fragen im Anamnesebogen ergeben, ist es Pflicht des Kunden, dies unverzüglich anzuzeigen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift: _____