



Allgemeiner Turnverein (ATV) 1927 Geilenkirchen e. V.



Anamnese-Bogen Rehasport

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,
 eine gute, sichere und umfassende Betreuung unserer Teilnehmer ist uns wichtig. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre Hilfe. Mit Ihren vollständigen Angaben tragen Sie dazu bei, dass unsere Ärzte/Ärztinnen und Übungsleiter/-innen im ATV Geilenkirchen Rehasport besser auf Ihre individuelle Situation eingehen können.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname	Verordnung gültig bis
Geburtsdatum	Telefon
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Größe	Gewicht
Behandelnder Arzt	Verordnender Arzt

2. Aktuelle Erkrankungen

Wirbelsäule (WBS)	<input type="checkbox"/> Hals-WBS	<input type="checkbox"/> Brust-WBS	<input type="checkbox"/> Lenden-WBS
Schulter	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Oberschenkel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Knie	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Wade	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Schienbein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Achillessehne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Fuß	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Sonstige	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	

3. Weitere Erkrankungen

3.1 Bestand oder bestehen weitere Erkrankungen an folgenden Organen?

Herz Lunge Magen Darm Niere/Blase

3.2 Liegen weitere Erkrankungen vor?

Diabetes mellitus Blutzucker (HbA1c)

Bluthochdruck Blutdruck (mmHg)

Asthma

Allergien Welche?

Schwindel

Andere Stoffwechselerkrankungen Welche?

Chronische Schmerzen Welche?

Psychische Erkrankungen

Sonstige

3.2 Nehmen Sie Medikamente, welche das Sporttreiben beeinflussen und/oder Notfallmedikamente?

Blutverdünnende Medikamente

Herzmedikamente

Asthmaspray

Insulin

Sonstige (bitte eintragen)

4. Informationen über Operationen und Krankenhausaufenthalte

Wann?	
Warum?	
Liegt ein Bericht vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann?	
Warum?	
Liegt ein Bericht vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

5. Anamnese des Sportverhaltens

5.1 Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport?

- Ja Welche Sportarten/en Wie häufig?..... /pro Woche
 Nein

5.2 Haben Sie früher Sport getrieben?

- Ja Welche Sportarten/en Wie häufig?..... /pro Woche
 Nein

5.3 Fühlen Sie sich im Alltag gestresst?

- öfter manchmal selten

Begründung:

6. Ziele

Welche Ziele möchten Sie durch das Rehasport-Angebot erreichen? Welche Erwartungen haben Sie an das Rehasport Angebot?

.....

7. Notfallkontakt

1. Person			
Name		Vorname	
Telefonnummer		Handynummer	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
2. Person			
Name		Vorname	
Telefonnummer		Handynummer	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

8. Aufklärung

Mir ist bewusst, dass das Verweigern wichtiger Angaben sowie ein Fehlverhalten während des Trainings zu gesundheitlichen Schädigungen führen können.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Freigabe meiner Angaben zur ausschließlichen Nutzung durch die zuständigen Mitarbeiter des Vereins.

.....
Datum

.....
Unterschrift