

Fragebogen Gerätetraining

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in Ruhe aus. Dieser Fragebogen dient uns als Unterstützung um den bestmöglichen Trainingsplan für Sie zu erstellen.

Alle Angaben sind freiwillig.

Allgemeine Angaben:

Haben Sie Vorerkrankungen? (z.B. Diabetes Mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Erkrankungen der Atemwege, Osteoporose, etc.)

Nehmen Sie Medikamente ein? (z.B. Schmerzmittel, entzündungshemmende Medikamente, Blutdrucksenker, Blutverdünner, Kortison, Asthmaspray, etc.)

Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie in der Vergangenheit Unfälle, Stürze oder Operationen?

Nein

Wenn ja, welche?

Befinden sich Prothesen, Metalle oder Implantate in Ihrem Körper? (z.B. Gelenksprothesen, Platten oder Schrauben, Herzschrittmacher, etc.)

Nein

Wenn ja, welche?

Tätigkeit (z.B. sitzend, stehend, etc.):

Üben Sie „sportliche Aktivitäten“ aus?

Nein

1-2x/Woche

>2x/Woche

Sind Sie schwanger?

Nein

Ja

in Woche _____

Sind Sie in Ihrem Alltag eingeschränkt? Nein

Wenn ja, inwiefern?

Haben Sie Schwierigkeiten mit dem Gleichgewicht?

Nein

Wenn ja, wie äußert sich dies?

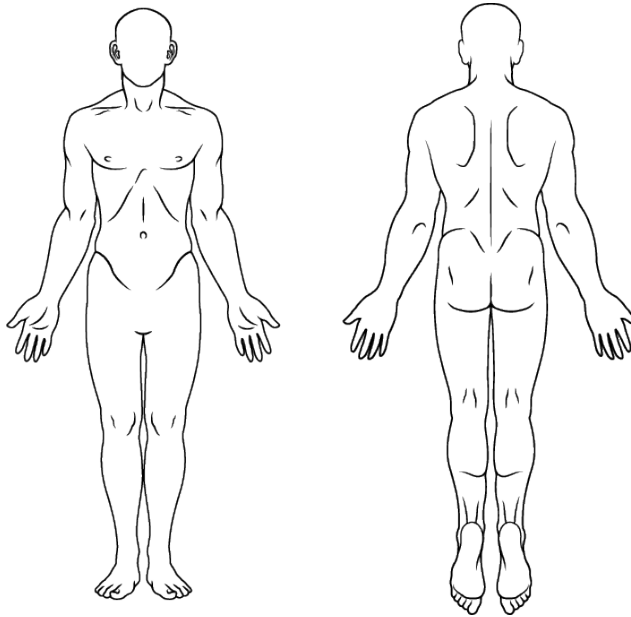
Beschwerdeanamnese:

Haben Sie aktuell Beschwerden?

Nein

Ja

Bitte zeichnen Sie in der Abbildung ein, wo die Beschwerden lokalisiert sind und seit wann diese bestehen



Können Sie die Beschwerden beschreiben? (z.B. Schmerzen (dumpf, stechend, ziehend..), Kribbeln, Taubheit, Muskelschwäche, etc.)

Wann treten die Beschwerden auf? (z.B. morgens, tagsüber, abends, bei Belastung, etc.)

Was lindert/provoziert ihre Beschwerden?

Im Falle von Schmerzen: Wie stark sind die Schmerzen auf einer Skala von 1 bis 10?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

kaum/keine Schmerzen

stärkster je erlebter Schmerz

Haben Sie Herzbeschwerden? (z.B. Herzrasen, Druck in der Brust, Ausstrahlende Schmerzen in den linken Arm?)

Nein Ja bitte beschreiben Sie kurz: _____

Haben Sie Atembeschwerden? (z.B. Kurzatmig, Schmerzen beim Atmen, Husten...)

Nein Ja bitte beschreiben Sie kurz: _____

Vielen Dank für Ihre Mühe!