

Rehasport - Fragebogen



1. Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ ausgeübter Beruf: _____

2. Aktuelle Erkrankungen

Haben Sie derzeit Beschwerden? ja nein

Wenn ja, in welchen Körperregionen haben Sie derzeit Beschwerden?

- | | | | | |
|--|--|--|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Halswirbelsäule | | <input type="checkbox"/> Knie | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule | | <input type="checkbox"/> Wade | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule | | <input type="checkbox"/> Schienbein | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Schultern | <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts | <input type="checkbox"/> Achillessehne | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Hüfte | <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts | <input type="checkbox"/> Sprunggelenke | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> rechts |
| <input type="checkbox"/> Oberschenkel | <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts | <input type="checkbox"/> Fuß | <input type="radio"/> links | <input type="radio"/> rechts |

Handelt es sich um andauernde oder gelegentliche Beschwerden?

Seit wann bestehen die Beschwerden?

Körperregion	Beschwerden		
	Dauerhaft	Gelegentlich	Seit wann?

Welche Untersuchungen bzw. Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

Frühere oder zusätzliche Erkrankungen

Bestanden oder bestehen weitere Erkrankungen an folgenden Organen?

	Ja	Nein
Herz		
Lunge		
Magen		
Darm		
Niere/Blase		

Leiden Sie an nachfolgend genannten Erkrankungen?

	Ja	Nein
Bluthochdruck		
Diabetes mellitus		
and. Stoffwechselkrankheiten		
Allergien		
Asthma		

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____