

Persönliche Daten

Name: _____
Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d
Geburtsdatum: _____ Alter: _____
Adresse: _____
Telefon / E-Mail: _____
Krankenkasse: _____

Medizinische Angaben

Diagnose (laut Verordnung): _____
Datum der Verordnung: _____

Atemwegs- / Lungenerkrankung

☐ Asthma ☐ Lungenentzündung ☐ COPD ☐ Lungenfibrose ☐ Mukoviszidose
☐ Andere: _____
Art der Beschwerden: ☐ akut ☐ chronisch

Begleiterkrankungen / Risikofaktoren

☐ Bluthochdruck ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankung ☐ Diabetes ☐ Asthma
☐ Osteoporose ☐ Arthrose ☐ Rheuma ☐ Thrombosen oder Embolien
☐ Tumor- oder Krebserkrankungen ☐ Schilddrüsenerkrankungen
☐ Psychische Erkrankung ☐ Neurologische Erkrankung: _____
☐ Sonstige: _____
Allergien: _____
Medikamente (regelmäßig): _____

Bewegungs- & Trainingsanamnese

Frühere sportliche Aktivitäten: _____
Aktuelle Aktivität: ☐ kaum ☐ 1-2x/Woche ☐ regelmäßig ☐ sehr aktiv
Sportarten aktuell: _____
Ziele des Rehasports: ☐ Ausdauer ☐ Beweglichkeit ☐ Kraft ☐ Gleichgewicht ☐ Sonstiges: _____

Einschränkungen

Bewegungen, die vermieden werden sollten: _____
Hilfsmittel: ☐ keine ☐ Orthese ☐ Stütze ☐ Gehhilfe ☐ Sonstiges: _____

Subjektives Befinden

Wie fühlen Sie sich aktuell? ☐ sehr gut ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht
Belastbarkeit: ☐ hoch ☐ mittel ☐ gering
Lebensqualität: ☐ sehr gut ☐ gut ☐ mittel ☐ schlecht

Unterschrift

Teilnehmer/in: _____ Datum: _____