

Persönliche Daten

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

Medizinische Angaben

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

Orthopädischen Beschwerden

☐ Wirbelsäule ☐ Schulter ☐ Hüfte ☐ Knie ☐ Fuß ☐ Andere: _____

Schmerzstärke aktuell (0-10): _____

Art der Beschwerden: ☐ akut ☐ chronisch ☐ postoperativ ☐ nach Unfall

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: ☐ Schmerzreduktion ☐ 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: _____