

# Gesundheitsfragebogen Allgemein

Pat-Nr: \_\_\_\_\_

Patient/in: \_\_\_\_\_ (Name, Vorname, Geb. Datum)

Wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Voraus einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung dieser Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese, und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

**Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und füllen ggf. die Freitextfelder aus.**

- Geschlecht: (weiblich) (männlich) (divers) Alter: \_\_\_\_\_
- Mein Trainingszustand (niedrig) (durchschnitt) (gut) (sehr gut) Ich betreibe folgende Sportart: \_\_\_\_\_
- Ich würde mich als körperlich fit und gesund bezeichnen (ja) (nein) (eingeschränkt)
- Überwiegende Körperhaltung/en tagsüber (gehend) (stehend) (sitzend) (gebückt) (hebend) (tragend) (\_\_\_\_\_)
- Haben / hatten Sie Beschwerden, Erkrankungen, Verletzungen am Bewegungsapparat? (ja) (nein)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie eine kardiale Vorerkrankung und dürfen Sport nur unter medizinischer Kontrolle durchführen? (ja) (nein)
- Hatten Sie in den letzten Monaten in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? (ja) (nein)
- Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? (ja) (nein)
- Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt? (ja) (nein) Leiden Sie unter (Asthma) oder (chronischer Bronchitis)?
- Leiden Sie unter Atemproblemen in Ruhe oder Belastung? (ja) (nein)
- Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben das Bewusstsein verloren? (ja) (nein)
- Wurde bei Ihnen eine Stoffwechselerkrankung festgestellt? (ja) (nein) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Wurde bei Ihnen eine meldepflichtige Erkrankung festgestellt (ja) (nein) Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (ja) (nein)  
Wenn ja, welcher Art? \_\_\_\_\_
- Wurden bei Ihnen operative Eingriffe durchgeführt? (ja) (nein)  
Wenn ja, wann und welche? \_\_\_\_\_
- Haben Sie Beschwerden oder Auffälligkeiten, die Sie für erwähnenswert halten? (ja) (nein)  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Wie häufig fühlen Sie sich durch Stresssituationen belastet? (ständig) (häufig) (gelegentlich) (selten) (nie)
- Ergänzende Angaben zu ihrem Gesundheitszustand:

\_\_\_\_\_  
Name | Vorname:

\_\_\_\_\_  
Ort:

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift: Bei minderjährigen einschließlich des Erziehungsberechtigten