



Anamnesefragebogen zum Rehasport

Name, Vorname: _____ **Geburtsdatum:** ____ ____ ____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **E-Mail:** _____

Behandelnder / verordnender Arzt: _____ **Telefon:** _____

Wurden Sie vor dem Rehasport operiert? (Ja) (Nein) Wenn ja: Datum: ____ ____ ____

Woran? _____

Andere / weitere medizinische Behandlungen: _____

Herzerkrankungen? (Ja) (Nein) Wenn ja: _____

Herzschrittmacher? (Ja) (Nein) **Einen Stent?** (Ja) (Nein) Seit ____ ____ ____

Kreislaufbeschwerden? (Ja) (Nein) Wenn ja: _____

Blutdruck? Zu hoch () Zu niedrig () Normal ()

Erkrankung der Atemwege? (Ja) (Nein) Wenn ja: _____

Diabetes mellitus? (Ja) (Nein) **Tablettenpflichtig?** (Ja) (Nein) **Insulinpflichtig?** (Ja) (Nein)

Osteoporose? (Ja) (Nein) **Allergien?** (Ja) (Nein) Wenn ja: _____

Beschwerden: Nieren? (Ja) (Nein) **Bewegung- / Koordination** (Ja) (Nein) **Blutungen?** (Ja) (Nein)

Leiden Sie an hier nicht aufgeführten Erkrankungen? Wenn ja: _____

Haben Sie chronische Schmerzen? Wenn ja: _____

Welche Medikamente nehmen Sie? _____

Haben Sie einen Gelenkersatz: (Ja) (Nein) Wenn ja: _____

Datum: ____ ____ ____ Unterschrift: _____

