

# Anamnesefragebogen zum Rehasport

## Personalien:

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

## Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

**Herzerkrankungen** (z.B. Infarkt, Herzklappen, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Herzschrittmacher?** ja [ ] nein [ ] nein, aber einen Stent [ ] Seit wann? \_\_\_\_\_

**Kreislaufbeschwerden** (z.B. Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Blutdruck** zu hoch [ ] zu niedrig [ ] normal [ ] Nehmen Sie Medikamente? ja [ ] nein [ ]

**Schilddrüsenfunktionsstörung** ja [ ] nein [ ] Überfunktion [ ] Unterfunktion [ ]

**Erkrankung der Atemwege** (z.B. Bronchitis / COPD, Asthma bronchiale, Emphysem) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Allergien** (z.B. Hausstaub) ja [ ] nein [ ] Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Diabetes mellitus** ja [ ] nein [ ] tablettentpflichtig [ ] insulinpflichtig [ ]

**Osteoporose** ja [ ] nein [ ]

**Nierenbeschwerden** (z.B. Nierensteine, Entzündung) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Bewegungs- / Koordinationsstörungen, Schwindel** ja [ ] nein [ ] Ggf. Symptome: \_\_\_\_\_

**Blutungsneigung** (z.B. Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Krebserkrankungen** (z.B. Lungen-, Darm- oder Brustkrebs, Leberkarzinom etc.) ja [ ] nein [ ]

**Orthopädische Erkrankungen** (Bandscheibenvorfall [HWS; LWS], Arthritis/Arthrose) ja [ ] nein [ ]

**Haben Sie chronische Schmerzen?** ja [ ] nein [ ]

Seit wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**Neurologische Erkrankungen** (Schlaganfall, MS, Parkinson etc.) ja [ ] nein [ ]

**Leiden Sie an anderen, nicht hier aufgeführten, Erkrankungen?** ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Gelenkersatz?** ja [ ] nein [ ] Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie ein?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Operationen in den letzten 10 Jahren?** ja [ ] nein [ ] Ggf. Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift