

# Befund- und Anamnesebogen

Name:	Vorname:
Telefon/mobil:	Geburtsdatum:
Körpergröße:	Körpergewicht:
Blutdruck:	BMI:
Rezeptdatum:	Behandlung von _____ bis _____

Sind Sie zum ersten Mal bei uns?  Ja  Nein

Beruf/tägliche Belastung:  sitzend  stehend  aktiv

Betreiben Sie zurzeit eine Sportart?  
Wenn Ja, welche und wie oft?  Ja  Nein  
 regelmäßig  unregelmäßig

Wie schätzen Sie Ihren gegenwärtigen gesundheitlichen Zustand ein?

sehr schlecht mittelmäßig sehr gut

## Gesundheitscheck:

Operationen (OP): Wenn ja, welche?

Endoprothesen (Gelenkersatz):  Knie-TEP  Hüft-TEP  Schulter-TEP  links  rechts

<input type="checkbox"/> Beschwerden HWS	<input type="checkbox"/> Kniegelenk	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Beschwerden BWS	<input type="checkbox"/> Hüftgelenk	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Beschwerden LWS	<input type="checkbox"/> Schultergelenk	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> ISG	<input type="checkbox"/> Ellenbogengelenk	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
	<input type="checkbox"/> Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
	<input type="checkbox"/> Handgelenk	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Rheuma	<input type="checkbox"/> Gleitwirbel	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> Osteoporose	<input type="checkbox"/> Hypermobilität	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall
<input type="checkbox"/> Luxation	<input type="checkbox"/> Bechterew	<input type="checkbox"/> Arthrose
<input type="checkbox"/> Skoliose	<input type="checkbox"/> Scheuermann	<input type="checkbox"/> Beckenschiefstand
<input type="checkbox"/> Leistenbruch	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Nabelbruch
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Operationen (6 Monate)	<input type="checkbox"/> Thrombose/Krampfader
<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenfehlfunktion	<input type="checkbox"/> Asthma/COPD
<input type="checkbox"/> Diabetes: <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Schwanger

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein

Wenn Ja, welche und wie oft?

Therapieziele:  Schmerzen lindern  regulierung Muskeltonus  
 Kräftigung der Muskulatur  Koordination verbessern  
 Mobilität verbessern  Motorik, Sensomotorik verb.

Anmerkungen/ Befund vom Therapeuten:

---

---

---

Behandlungsverlauf:

---

---

---

Fortsetzung der Therapie vorgeschlagen:  Ja  Nein  keine Angabe

**Nur bei Nutzung des MTT-Bereichs auszufüllen:**

Trainingsziele:  Schmerzen lindern  
 Mobilität verbessern  
 Kondition/Ausdauer verbessern  
 Muskelaufbau  
 allgemeines Wohlbefinden verbessern  
 Stress abbauen  
 Gewichtsreduktion >      kg

In welcher Zeitperiode sollen Ihre Ziele erreicht werden?:

Trainingsumfang?      x pro Woche

Trainingszeit?  vormittags  tagsüber  abends

Gößweinstein, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Therapeut/Betreuer)