

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer, eine gute, sichere und umfassende Betreuung unserer Teilnehmer ist uns wichtig. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre Hilfe. Mit Ihren vollständigen Angaben tragen Sie dazu bei, dass unsere Ärzte/Ärztinnen und Übungsleiter/-innen im REHASPORT besser auf Ihre individuelle Situation eingehen können.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname		Verordnung gültig bis	
Geburtsdatum		Telefon	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

2. Aktuelle Erkrankungen

Wirbelsäule (WBS)	<input type="checkbox"/> HWS	<input type="checkbox"/> BWS	<input type="checkbox"/> LWS
Schulter	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Oberschenkel	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Knie	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Wade	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Schienbein	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Achillessehne	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Fuß	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Sonstige:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts	
Operationen: Wenn ja, welche?.....			
.....			

Endoprothesen/Gelenkersatz:

<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Sonstige:	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

3. Weitere Erkrankungen

3.1 Bestand oder bestehen weitere Erkrankungen an folgenden Organen?

Herz Lunge Magen Darm Niere/Blase

3.2 Liegen weitere Erkrankungen vor?

Diabetes mellitus Blutzucker (HbA1c) Typ-1 Typ-2

Bluthochdruck Blutdruck (mmHg)

Asthma

Allergien Welche?

Schwindel

Andere Stoffwechselerkrankungen Welche?

Chronische Schmerzen Welche?

Psychische Erkrankungen

Sonstiges:

3.3 Nehmen Sie Medikamente, welche das Sporttreiben beeinflussen und/oder Notfallmedikamente?

- Blutverdünnende Medikamente
- Herzmedikamente
- Asthmaspray
- Insulin
- Sonstiges (bitte eintragen):

4. Anamnese des Sportverhaltens

4.1 Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport?

- Ja Welche Sportart/-en? Wie häufig? /pro Woche
- Nein

4.2 Haben Sie früher Sport getrieben?

- Ja Welche Sportart/-en? Wie häufig? /pro Woche
- Nein

4.3 Fühlen Sie sich im Alltag gestresst?

- öfter
- manchmal
- selten

Begründung:

5. Ziele

Welche Ziele möchten Sie durch das REHASPORT-Angebot erreichen? Welche Erwartungen haben Sie an das REHASPORT-Angebot?

.....

.....

6. Notfallkontakt

1. Person			
Name		Vorname	
Telefonnummer		Handynummer	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
2. Person			
Name		Vorname	
Telefonnummer		Handynummer	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

7. Aufklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Freigabe meiner Angaben zur ausschließlichen Nutzung durch die zuständigen Mitarbeiter des Therapiezentrums oder im Notfall zur Weitergabe an das Notfallpersonal.

Datum:

Unterschrift: