

Anamnesebogen

Um auf die individuellen Bedürfnisse jedes Teilnehmers eingehen, und allfällige Beschwerden oder Verletzungen berücksichtigen zu können, möchte ich Sie bitten nachstehende Fragen zu beantworten. Die Informationen werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

1. Persönliche Daten

Name: Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon: E-Mail:

Berufliche Tätigkeit: sitzend stehend viel Bewegung

2. Aktuelle Beschwerden des Bewegungsapparates

	Ja	Nein	
Rundrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohlrücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verspannung d. Muskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?
			Seit wann?
Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wo?
			Seit wann?
Gelenksprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gleitwirbel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hexenschuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheuma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS
			Seit wann?
			Bisherige Behandlungen

3. Zurückliegende Beschwerden des Bewegungsapparates

	Ja	Nein	
Verletzungen (Brüche / Unfälle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?
			Welche?
			Noch bestehende Beschwerden?
		
Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?
			Welche?
			Komplikationen?
		

4. Beschwerden bzw. Kontraindikationen, die die Bewegungstherapie beeinträchtigen können

	Ja	Nein	
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Liegt eine Schwangerschaft vor bzw. wurde in den letzten 6 Monaten entbunden?

Ja, SSW Wann wurde entbunden?

6. Motivation zur Kursteilnahme/ Ihre Ziele

.....

(zB.: Verbesserung von Kraft/ Koordination/ Beweglichkeit, Entspannung, Stressabbau, verbessertes Wohlbefinden.)

Ich habe obige Fragen gelesen und bestätige, dass ich sie wahrheitsgemäß beantwortet habe.

Datum: Unterschrift: