

EINGANGSFRAGEBOGEN ZUR KRANKHEITSGESCHICHTE

TRAINING



ZENTRUM
FÜR
THERAPIE
UND
BALANCE

Liebe Patientin, lieber Patient,

um Sie optimal betreuen zu können, bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Größe

Gewicht

im Notfall verständigen

(Name und Telefonnummer einer Person, die wir im Falle eines Notfalls anrufen können)

ALLGEMEINE FRAGEN

1. Gehen Sie aktuell einer Tätigkeit nach?

ja nein

Grüner Star

2. Wie ist Ihr Belastungsschwerpunkt?

- sitzend
 stehend
 körperlich schwer arbeitend

6. Hatten Sie operative Eingriffe?

ja nein

Wenn ja, wann und welcher Art?

3. Betätigen Sie sich sportlich?

ja nein

Wenn ja, welcher Art?

7. Haben/hatten Sie einen/mehrere Bandscheibenvorfälle?

ja nein

Wenn ja, wann?

Wie oft?

- 1-2 Mal die Woche
 2-3 Mal die Woche
 _____ Mal im Monat

Wo?

- Halswirbel
 Brustwirbel
 Lendenwirbel

5. Haben Sie Vorerkrankungen?

- Herzinfarkt
 Osteoporose
 Tumor
 Diabetes
 Bluthochdruck
 Rheuma
 Aneurysma

8. Haben Sie eine Endoprothese?

ja nein

Wenn ja, wo?

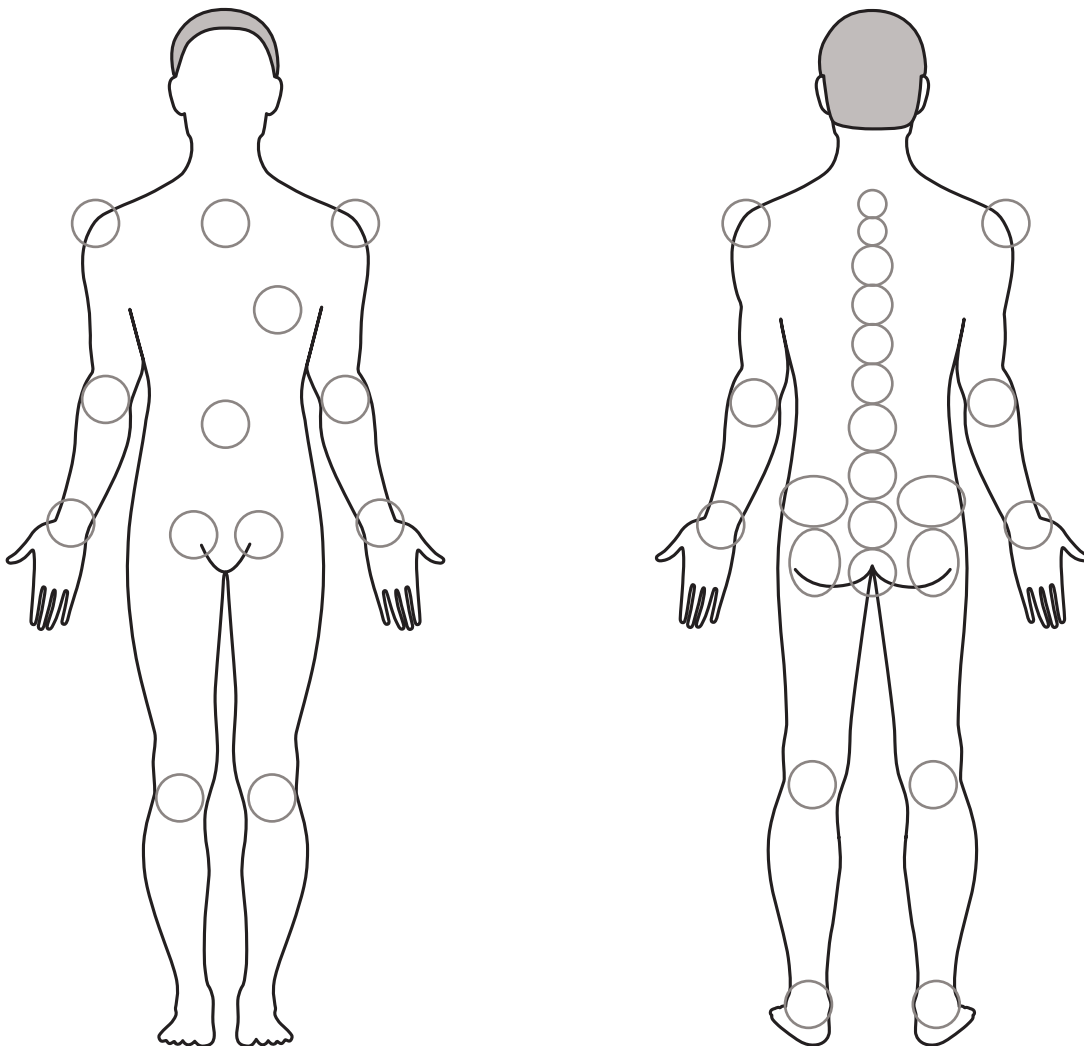
- Hüfte Knie

AKTUELLE BESCHWERDEN**9. Welche Beschwerden haben Sie aktuell?**

- keine
- Ich habe folgende Beschwerden:

Zeichnen Sie bitte in der Skizze ein, wo Sie überall Schmerzen haben

Falls Ihre Schmerzen von einem bestimmten Gebiet her ausstrahlen (z.B. vom Nacken), kennzeichnen Sie bitte diese Stelle mit einem Kreuz (x); die Ausstrahlungsrichtung können Sie mit einem Pfeil (→) markieren.



10. Wann haben die Beschwerden begonnen, gab es einen Auslöser?

11. Ändern sich die Schmerzen/Beschwerden im Laufe des Tages?

- ja
- nein
- wechselhaft

12. In welcher Körperhaltung sind die Beschwerden am schlimmsten?

z.B. beim

- Schlafen
- Sitzen
- Gehen

13. Welche Beschwerden haben Sie in Begleitung der Schmerzen?

- Schwindel
- Schlafstörungen
- Antriebsmangel
- Andere:

14. Beschreiben Sie ihre Schmerzen (Schmerzqualität):

- scharf
- brennend
- oberflächlich
- krampfartig
- wellenförmig
- wechselhaft
- einschießend
- bohrend

15. Wo auf einer Schmerzskala, die von „0“ für völlige Schmerzfreiheit bis „10“ für den schlimmsten vorstellbaren Schmerz reicht, würden Sie Ihre Schmerzen eintragen?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Leiden Sie unter seelischen Belastungen?

- ja nein

Wenn ja, welche?

- Stress
- Konflikte
- Trauer
- Pflegen/ Versorgen eines Familienmitglieds

17. Gibt es noch etwas Wichtiges, was hier nicht gefragt wurde?

18. Welche Ziele verfolgen Sie im Gerätetraining?

- Muskelkräftigung
- Gewichtsreduktion
- allg. Wohlbefinden

19. Wie oft möchten Sie in der Woche trainieren?

- 1x
- 2x
- 3x

(Ort, Datum)

(Unterschrift Patient/Patientin)