



Therapeut \_\_\_\_\_

**Personalien**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Hausarzt \_\_\_\_\_

weiblich männlich **Allg. Fragen**Treiben Sie Sport? ja  nein   
wenn ja, was und wie oft? \_\_\_\_\_

Wie oft möchten Sie trainieren? \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihre körperliche Fitness?  ungenügend  genügend  gut  sehr gut**Gesundheitsfragen**Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ja  nein   
wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_Nehmen Sie zurzeit Medikamente? ja  nein   
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_Haben Sie Probleme im Herz/Kreislaufsystem? ja  nein   
(Herzschrittmacher, Herzoperationen, Venenprobleme, Thrombosen)Fühlen Sie manchmal Schmerzen in der Brustgegend (v.a. bei Anstrengung)? ja  nein Fühlen Sie sich häufig schwindlig unter Belastung oder leiden Sie an Ohnmachtsanfällen? ja  nein Sind Ihnen Schwächen/Schädigungen am Bewegungsapparat bekannt? ja  nein   
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_Hatten Sie Unfälle/Operationen? ja  nein   
wenn ja, welche? \_\_\_\_\_Hatten Sie schon einmal Physiotherapie? ja  nein   
wenn ja, warum? \_\_\_\_\_Bestehen Erkrankungen der Atemwege? ja  nein Haben Sie hohen Blutdruck? ja  nein Haben Sie Diabetes? ja  nein Sind Sie schwanger? ja  nein 

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die oben gemachten Angaben:

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_