

## Tamara Weigelt

Lambertstr. 32 \* 55126 Mainz \* Tel.: 0171-2713251

# Wirbelsäulengymnastik: Erhebungsbogen

### Vorbemerkung:

Dieser Fragebogen ist Eingangsvoraussetzung für den Wirbelsäulengymnastik-Kurs. Alle Angaben werden vertraulich behandelt im Sinne des Datenschutzes. Hiermit bin ich einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### 1. Angaben zur Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Beste tel. Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

### 2. Vorerfahrung

Wann haben Sie zuletzt regelmäßig (d.h. mind. 2 x/Woche über einen Zeitraum von mehreren Monaten) Ihren Körper trainiert?

Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Trainingsform: \_\_\_\_\_

### 3. Medizinischer Bereich (körperliche Voraussetzungen)

#### Innern Organe/Hauterkrankungen etc.

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Kommen Sie relativ schnell außer Atem bei körperlichen Alltagsbelastungen?        | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Hatten Sie früher oder haben Sie heute Herzbeschwerden?<br>Wenn ja, welche? _____ | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Nehmen Sie herzkreislaufwirksame Medikamente?<br>Wenn ja, welche? _____           | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Nehmen Sie weitere Medikamente?<br>Wenn ja, welche? _____                         | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie unter einer chronischen Atemwegserkrankung?<br>Wenn ja, welche? _____  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Sind Sie Zuckerkrank (Diabetes mellitus)?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie einen zu hohen Blutdruck (über 140/90 mmHg)?                            | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Leiden Sie unter venösen Durchblutungsstörungen (z. B. Krampfadern)?              | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Leiden Sie unter arteriellen Durchblutungsstörungen? („Schaufensterkrankheit“)    | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Leiden Sie unter Hautkrankheiten oder Allergien?<br>Wenn ja, welche? _____       | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Leiden Sie unter Muskelkrämpfen?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie ein Anfallsleiden?   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben Sie Seh- bzw. Hörschwierigkeiten?  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben Sie eine neurologische Erkrankung/Beschwerden?                             | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 15. Sonstiges und zwar: _____  |                             |                               |

## Orthopädie

1. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Geben Sie jede Körperregion an, die von Verletzungen oder chronischen Zuständen betroffen ist und erläutern Sie den Zustand (z. B. Arthrose, rheumatische Zustände, Rückenprobleme, Tennisellenbogen, Nervenprobleme, Knochenbrüche, Bänderüberdehnungen/-risse, O.P., etc.)

Erläuterung

- Kopf/Hals \_\_\_\_\_  
 Schultergürtel \_\_\_\_\_  
 Arm, Ellenbogen, Handgelenk, Hand \_\_\_\_\_  
 oberer/unterer Rücken \_\_\_\_\_  
 Becken, Hüfte \_\_\_\_\_  
 Oberschenkel, Knie, Kniescheibe \_\_\_\_\_  
 Unterschenkel, Sprunggelenke, Fuß \_\_\_\_\_  
 Sonstiges (z.B. Implantat - künstliche Gelenke) und zwar \_\_\_\_\_

3. Benutzen Sie ein orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Einlagen, spezielle Schuhe, Schienen, Stützstrümpfe)? Ja  Nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

## 4. Allgemeiner Lebensstil

### Rauchen:

- Sind Sie Raucher? Ja  Nein   
Anzahl der Zigaretten/Tag 0-10  10-20  mehr als 20   
Haben Sie früher geraucht? Ja  Nein   
Falls ja, wie lange? \_\_\_\_\_ Jahr/e  
Aufgehört seit: Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Vorsorgeuntersuchung:

Wann waren Sie das letzte Mal zur Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Arzt?

Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

Name des Arztes \_\_\_\_\_ Fachrichtung \_\_\_\_\_

### Körpergewicht (kg)

Gewicht \_\_\_\_\_ Körpergröße \_\_\_\_\_

Aus ärztlicher Sicht gibt es kein Bedenken an der Teilnahme des Kurses und gegen sportliche Bewegung.

Der Datenschutz wird eingehalten – diese Informationen werden ausschließlich für die Durchführung des Kurses benötigt.

*Geschafft! Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!*

Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
(Teilnehmer)