

GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Datum: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Beruf: _____

Größe (cm): _____

Hobbies: _____

Gewicht (kg): _____

Was ist der Grund für Ihren Besuch? _____

Haben Sie aktuell körperliche Beschwerden? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Wann sind Ihre Beschwerden erstmals aufgetreten? _____

Wodurch werden Ihre Beschwerden ausgelöst? _____

Wodurch lassen sich Ihre Beschwerden lindern? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? Ja Nein

Falls ja, welche und in welcher Dosis? _____

Welche Therapien sind bisher erfolgt und inwiefern haben diese geholfen?

Hatten Sie schon einmal Unfälle oder schwere Verletzungen? Ja Nein

Falls ja, welche und wann? -----

Hatten Sie schon einmal eine Operation? Ja Nein

Falls ja, welche und wann? -----

Hatten Sie schon einmal einen Krankenhausaufenthalt? Ja Nein

Falls ja, weshalb und wann? -----

Leiden Sie an einer chronischen und/oder schweren Krankheit? Ja Nein

Falls ja, welche und seit wann? -----

Haben Sie schon einmal eine chronische und/oder schwere Krankheit durchgemacht? Ja Nein

Falls ja, welche und wann? -----

Leiden Sie unter Kopfschmerzen? Ja Nein

Falls ja, wo (Stirn; Schläfen; Hinterkopf; ...) und seit wann? -----

Haben Sie Beschwerden mit den Augen (kurz-/weitsichtig; trüber Blick; ...)? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit den Ohren (Ohrgeräusche; Schwerhörigkeit; Hörgerät;...)? Ja Nein

Haben Sie Kieferbeschwerden (knirschen; pressen; knacken; Schmerzen; ...)? Ja Nein

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und/oder Ihnen in diesem Zusammenhang Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen? Ja Nein

Hatten Sie in den letzten Monaten Schmerzen in der Brust in Ruhe/bei körperlicher Belastung? Ja Nein

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine rheumatische Erkrankung bekannt? Ja Nein

Ist bei Ihnen Osteoporose bekannt? Ja Nein

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?
 Ja Nein

Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt und/oder haben das Bewusstsein verloren?
 Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine Stoffwechselstörung festgestellt (Diabetes; erhöhtes Cholesterin; ...)?
 Ja Nein

Wurde bei Ihnen eine meldepflichtige Erkrankung festgestellt (Tuberkulose; Hepatitis; ...)?
 Ja Nein

Für Frauen: Haben Sie Menstruationsbeschwerden(Unregelmäßigkeit;Schmerzen)?
 Ja Nein

Falls ja, welche und seit wann? -----

Haben Sie sonstige Grunderkrankungen oder Auffälligkeiten, die Sie für erwähnenswert halten?
 Ja Nein

Falls ja, welche? -----

Ich fühle mich körperlich fit und gesund. Bitte kreuzen Sie an.

1 = trifft gar nicht zu; 5 = trifft vollkommen zu

1 2 3 4 5

Wie häufig fühlen Sie sich durch Stresssituationen belastet? Bitte kreuzen Sie an.

Ständig Häufig Gelegentlich Selten Nie

Mein Trainingszustand liegt momentan bei ____ von 10. Bitte tragen Sie ein.

1 = absolut untrainiert; 10 = optimaler Trainingszustand

Haben Sie eine spezielle Diät? Ja Nein

Falls ja, welche? -----

Rauchen Sie? Ja Nein

Falls ja, wieviel? -----

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Falls ja, wie häufig und wieviel? -----