

Gesundheitsfragebogen

Sehr geehrte Kunden,
 um Ihnen eine optimale Behandlung/Betreuung gewährleisten zu können, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten. Dadurch können wir uns noch schneller ein umfassendes Bild über Ihren Beschwerdekomples machen und Sie somit optimal betreuen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht. Falls Sie Fragen zu den einzelnen Bereichen haben, sprechen Sie bitte mit Ihrem Therapeuten/-in bzw. Trainer/in darüber.

Name:

Vorname:

Welchen Beruf üben Sie aus?

- Was sind Ihre überwiegenden Sport - oder Freizeitaktivitäten und wie häufig pro Woche betreiben Sie diese?

.....

- Bitte beschreiben Sie Ihr persönliches Beschwerdebild (Was, seit wann, Auslöser, ...):

.....

.....

.....

.....

Allgemeine Gesundheitsfragen:

Evtl. wiederholt sich ein Bereich, den Sie oben bereits beschrieben haben, dann lassen Sie diesen aus.

- Hatten Sie bereits Operationen und/oder Unfälle? JA / NEIN

Wenn JA, welche und wann?

.....

- Haben oder hatten Sie eine Tumorerkrankung? JA / NEIN

Wenn JA, welche?

- Leiden Sie unter Kopfschmerzen, Schwindel, Tinnitus? JA / NEIN

- Haben oder hatten Sie Beschwerden mit den Ohren oder Augen? JA / NEIN

- Haben oder hatten Sie Beschwerden mit den Kiefergelenken? JA / NEIN

- Haben oder hatten Sie Herz-Kreislauf- oder Gefäßkrankungen? JA / NEIN

- Besteht bei Ihnen aktuell ein Bluthochdruck? JA / NEIN

- Haben oder hatten Sie Beschwerden mit der Schilddrüse? JA / NEIN

- Haben oder hatten Sie Beschwerden an der Lunge oder den Atemwegen? JA / NEIN

- Haben oder hatten Sie Beschwerden an Leber, Galle oder Magen? JA / NEIN

- Haben oder hatten Sie Beschwerden am Darm oder Bauchspeicheldrüse? JA / NEIN

- Haben oder hatten Sie Stuhlgang- bzw. Verdauungsbeschwerden? JA / NEIN

- Haben oder hatten Sie Beschwerden an Niere, Blase oder Prostata? JA / NEIN

bitte beachten Sie auch die Rückseite

- Haben oder hatten Sie Beschwerden an Gebärmutter oder Eierstöcken? JA / NEIN
- Haben oder hatten Sie Beschwerden am Bewegungsapparat? JA / NEIN

Wenn JA, welche Bereiche?

.....

- Haben Sie erbliche Krankheiten, oder leiden Sie an Rheuma oder Gicht? JA / NEIN
- Haben oder hatten Sie psychische Beschwerden bzw. Erkrankungen? JA / NEIN
- Leiden Sie unter ständiger Müdigkeit oder Leistungsabfall? JA / NEIN
- Leiden Sie unter Stress? JA / NEIN
- Leiden Sie unter Schlafstörungen? JA / NEIN
- Leiden Sie unter Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten? JA / NEIN
- Hatten Sie schon Infektionserkrankungen? JA / NEIN
- Rauchen Sie? Wenn JA, wie viele /Tag? JA / NEIN
- Nehmen Sie derzeit **Medikamente** ein? JA / NEIN

Wenn JA, welche? Wenn Sie den Namen nicht wissen, dann schreiben Sie bitte auf wofür.

.....

- Gibt es noch etwas, was noch nicht zur Sprache kam?
-

- Was ist Ihr persönliches Ziel?
-

- Welche Maßnahmen wollen **Sie** ergreifen um **Ihr** persönliches Ziel zu erreichen?
-

.....
Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Bemühungen, **Ihr Rupp's MediFit Team**