

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 Beschwerdekomplex machen und Sie somit optimal betreuen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht.

Selbstverständlich steht es Ihnen frei, Fragen nicht zu beantworten. Sie haben jederzeit das Recht, bestimmte Angabe zu verweigern. Sollte es sich jedoch um Informationen handeln, die unsere Therapeuten/Trainer für notwendig halten, um eine qualifizierte Behandlung durchzuführen oder Kontraindikationen für eine Behandlungstechnik auszuschließen, kann es bei einer Verweigerung dazu kommen, dass der Therapeut die Behandlung ablehnt.

Falls Sie Fragen zu den einzelnen Bereichen haben, sprechen Sie bitte mit Ihrem Therapeuten/-in bzw. Trainer/in darüber.

Zur Unterstützung Ihrer erfolgreichen Behandlung bitten wir Sie darum, den Fragebogen wahrheitsgemäß auszufüllen.

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 Herzkreislauf- oder Gefäßerkrankungen? 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

bitte beachten Sie auch die Rückseite

- Haben oder hatten Sie Stuhlgangs- bzw. Verdauungsbeschwerden? JA / NEIN
- Haben oder hatten Sie Beschwerden an Niere, Blase oder Prostata? JA / NEIN
- 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 unter 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 viel /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 MediFit Holzkirchen Team**