

■ EINGANGSFRAGEBOGEN

Zur Teilnahme an einer Rückenschule

Datum _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Geb.-Datum _____ Telefon _____

Geschlecht w / m

Körpergröße _____ cm

Gewicht _____ kg

Allgemeiner Gesundheitszustand

Sind Sie zur Zeit durch eine akute Erkrankung in Ihrer Leistungsfähigkeit gemindert?
ja nein Wenn ja, welche: _____

Besteht bei Ihnen eine Erkrankung, bei der eine Kreislaufkollaps, eine epileptische Attacke, ein Zuckerschok oder ähnliche Schock- und Anfallsituationen ausgelöst werden können?
ja nein Wenn ja, welche: _____

Frage zum orthopädischen Gesundheitszustand

Besteht bei Ihnen eine bekannte Wirbelsäulen- und/oder Gelenkerkrankung?
ja nein Wenn ja, welche: _____

Fragen zur Orthopädie

Rückenschmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, Ausstrahlung in Arm <input type="checkbox"/>	Bein <input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo	_____
Muskelschmerzen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, welche	_____
Bewegungseinschränkung?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo	_____
Behinderungen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Wenn ja, wo	_____

Herz- Kreislaufsystem, Lungenfunktion

- Atemnot bei körperlicher Belastung? ja nein
- Atemnot im Ruhezustand? ja nein
- Schwindelzustände / Sehstörungen? ja nein
- Schmerzen (Engegefühl, Stiche) im Brust- und/oder Herzbereich? ja nein
- Herzstolpern, Herzrhythmusstörungen? ja nein
- Erhöhter Blutdruck? ja nein
- Wenn ja, wie hoch _____
- Bronchitis, chronischer Husten? ja nein

Sollte eine dieser Fragen mit ja beantwortet sein, dann sollten Sie vor Beginn der Teilnahme am Rückenschulkurs einen Arzt befragen.

Medikamenteneinnahme:

- Nehmen Sie ein blutdrucksenkendes Mittel ein (Betablocker)? ja nein
- Nehmen Sie ein schmerzstillendes Medikament ein? ja nein
- Nehmen Sie ein Medikament zur Muskelrelaxation ein? ja nein
- Nehmen Sie ein Medikament wegen einer Diabeteserkrankung ein? ja nein

Haben Sie weitere Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand, die der durchführende Rückenschulkursleiter berücksichtigen sollte?

ja nein Welche? _____

Trainingszustand

Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welche Sportarten? _____

Wie häufig in der Woche? _____

Wie häufig im Monat? _____