



Fit&Vital Sebnitz e.V. Obere Siedlung 17 01844 Neustadt
Tel.(AB): 03596–503110 E-Mail: fitundvitalsebnitz@gmx.de

Anamnese-Bogen REHASPORT

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

eine gute, sichere und umfassende Betreuung unserer Teilnehmer ist uns wichtig. Aus diesem Grund benötigen wir Ihre Hilfe. Mit Ihren vollständigen Angaben tragen Sie dazu bei, dass unsere Übungsleiter/-innen im REHASPORT besser auf Ihre individuelle Situation eingehen können.

1. Persönliche Daten

Name, Vorname		Verordnung gültig bis	
Geburtsdatum		Telefon	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Größe		Gewicht	
Behandelnder Arzt		Verordnender Arzt	

2. Aktuelle Erkrankungen

Wirbelsäule (WBS)	☐ Hals-WBS	☐ Brust-WBS	☐ Lenden-WBS
Schulter	☐ links	☐ rechts	
Oberschenkel	☐ links	☐ rechts	
Knie	☐ links	☐ rechts	
Wade	☐ links	☐ rechts	
Schienbein	☐ links	☐ rechts	
Achillessehne	☐ links	☐ rechts	
Sprunggelenk	☐ links	☐ rechts	
Fuß	☐ links	☐ rechts	
Sonstige	☐ links	☐ rechts	

3. Weitere Erkrankungen

3.1 Bestand oder bestehen weitere Erkrankungen an folgenden Organen?

☐ Herz ☐ Lunge ☐ Magen ☐ Darm ☐ Niere/Blase

3.2 Liegen weitere Erkrankungen vor?

☐ Diabetes mellitus	Blutzucker (HbA1c)
☐ Bluthochdruck	Blutdruck (mmHg)
☐ Asthma	
☐ Allergien	Welche?
☐ Schwindel	
☐ Andere Stoffwechselerkrankungen	Welche?
☐ Chronische Schmerzen	Welche?
☐ Psychische Erkrankungen	
☐ Sonstiges:	

3.3 Nehmen Sie Medikamente, welche das Sporttreiben beeinflussen und/oder Notfallmedikamente?

☐ Blutverdünnende Medikamente

☐ Herzmedikamente

☐ Asthmaspray

☐ Insulin

☐ Sonstiges (bitte eintragen):



Fit&Vital Sebnitz e.V. Obere Siedlung 17 01844 Neustadt
Tel.(AB): 03596–503110 E-Mail: fitundvitalsebnitz@gmx.de

4. Information über Operationen und Krankenhausaufenthalte

Wann?	
Warum?	
Liegt ein Bericht vor?	☐ Ja ☐ Nein
Wann?	
Warum?	
Liegt ein Bericht vor?	☐ Ja ☐ Nein

5. Anamnese des Sportverhaltens

5.1 Treiben Sie derzeit regelmäßig Sport?

- ☐ Ja Welche Sportart/-en? Wie häufig? /pro Woche
☐ Nein

5.2 Haben Sie früher Sport getrieben?

- ☐ Ja Welche Sportart/-en? Wie häufig? /pro Woche
☐ Nein

5.3 Fühlen Sie sich im Alltag gestresst?

- ☐ öfter ☐ manchmal ☐ selten

Begründung:

6. Ziele

Welche Ziele möchten Sie durch das REHASPORT-Angebot erreichen? Welche Erwartungen haben Sie an das REHASPORT-Angebot?

.....

7. Notfallkontakt

1. Person			
Name		Vorname	
Telefonnummer		Handynummer	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
2. Person			
Name		Vorname	
Telefonnummer		Handynummer	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

8. Aufklärung

Mir ist bewusst, dass das Verweigern wichtiger Angaben sowie ein Fehlverhalten während des Trainings zu gesundheitlichen Schädigungen führen kann.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Freigabe meiner Angaben zur ausschließlichen Nutzung durch die zuständigen Mitarbeiter des Vereins.

.....
Datum

.....
Unterschrift