

Anamnese-Bogen

Lieber Rehasportpatient,

die nachfolgenden Informationen dienen dazu, einen Eindruck von Ihnen und Ihren Beschwerden zu gewinnen. Somit soll ein zielgerichtetes und individuelles Training ermöglicht werden. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Fragen gewissenhaft aus! Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nach Ausscheiden aus der Gruppe vernichtet.

Bitte bei der 1. Kursstunde an Ihre Übungsleitung übergeben!



Mielenforster Straße 40
51069 Köln
Zufahrt über Grafenmühlenweg
Tel: 02 21 / 68 20 22
Fax: 02 21 / 680 05 55
E-Mail: info@tv-dellbrueck.de
Homepage: www.tv-dellbrueck.de

Vorname: _____

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Geschlecht: männlich () weiblich ()

Teilnahme an folgender Gruppe:

Ort: _____

Zeit: _____

Aufgrund welcher Erkrankung/Beschwerden nehmen Sie an der Gruppe teil (Diagnose)?

Gibt es Begleiterkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Herzerkrankungen, Arthrose, Rückenbeschwerden, künstlicher Gelenkersatz etc.)?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche bzw. wogegen?

Was erwarten Sie von der Teilnahme in der Gruppe? Welche Ziele streben Sie an?

Anmerkungen/Sonstiges:

Datum: _____ Unterschrift: _____