



Eingangsfragebogen für Teilnehmer am Rehabilitationssport (außer Koronarsport)

Name:	Vorname:	Geb.:
Anschrift:		
Körpergröße:	Gewicht:	Tel.:

Erkrankungen / Diagnosen:			
Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche?
Durchblutungsstörungen / Krampfadern	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Blutdruck-Wert			
Hypertonie (hoher Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hypertonie (niedriger Blutdruck)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Tablettenpflicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Insulinpflicht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Lungenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Arthrose / Arthritis	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Halswirbelsäulen-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Lendenwirbelsäulen-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenfehlfunktion	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hyperthyreose (Überfunktion)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Hypothyreose (Unterfunktion)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Welche?
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Andere Erkrankungen:			
Medikamente:			
Operationen (in den letzten 10 Jahren)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Datum:
Ich wünsche eine ärztliche Beratung beim Vereinsarzt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Ich bin damit einverstanden, dass Daten und Werte, die in der Rehabilitationssportgruppe von mir erhoben werden, dem Behindertensportverein zur Verfügung gestellt werden. Ferner stimme ich einer anonymen statistisch wissenschaftlichen Auswertung dieser Daten zu. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? Name:	Tel.:
--	-------

Datum:

Unterschrift:

Wird vom Verein ausgefüllt:	
Übungszeit:	Übungsort:
Beginn voraussichtlich ab:	
Arztuntersuchungstermin:	