

Elke Ahlrichs

Charlottenstraße 30
20257 Hamburg
Telefon: 040 – 4135 1096
Telefax: 040 – 4135 1769

ANAMNESEFRAGEBOGEN

NAME:	VORNAME:
STRASSE:	PLZ/ORT:
TELEFON (privat):	TELEFON (geschäftlich):
TELEFON (mobil):	FAX:
EMAIL:	GEBURTSDATUM:
GESCHLECHT: w m	GRÖSSE: cm GEWICHT: kg
WODURCH WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM	

KONTAKTPERSON

Wer soll unter Umständen von uns informiert werden

NAME:	VORNAME:
TELEFON (mobil)	TELEFON:
Beziehung zur Kontaktperson:	

ART DER BERUFLICHEN TÄTIGKEIT

stehend sitzend viel Bewegung wenig Bewegung

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

nein ja, und zwar

regelmäßig mal/Woche unregelmäßig

Ja, vor Jahr(en) und zwar

GESUNDHEITS-CHECK

Leiden Sie unter Bluthochdruck?			nein	ja
Haben oder hatten Sie Herz- oder Kreislaufprobleme?			nein	ja
Wenn ja, welcher Art?				
Haben Sie Allergien oder Hautprobleme?			nein	ja
Wenn ja, welche?				
Gehen Sie ins Solarium?			nein	ja
Wenn ja, wie oft?				
	Selten	monatlich	wöchentlich	mehrmals wöchentlich
Besteht eine Unverträglichkeit gegen bestimmte Wirkstoffe?			nein	ja
Wenn ja, gegen welche?				
Nehmen Sie Medikamente ein (aktuell / generell)?			nein	ja
Wenn ja, welche?				
Liegt bei Ihnen eine akute Erkrankung vor?			nein	ja
Wenn ja, welche?				

Leiden Sie unter

Rheuma?					nein	ja
Wenn ja, welche Körperregionen sind betroffen?						
Arthrose / Arthritis					nein	ja
Wenn ja, in welchen Gelenken?						
Osteopenie /Oseoporose?					nein	ja
Wenn ja, wie stark ist diese bei Ihnen ausgeprägt						
	Kaum	etwas	deutlich	stark	sehr stark	
Haben Sie Gelenkprobleme?					nein	ja
Wenn ja, in welchen Gelenken?						
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?					nein	ja
Wenn ja, welcher Art?						
	Verspannungen	Muskelschmerzen	Blockaden		Bandscheibenprobleme	
Haben oder hatten Sie einmal ein Schleudertrauma?					nein	ja
Wenn ja, wann?						
Wenn ja, wo?						
	HWS		BWS		LWS	
Haben Sie sich in den letzten Jahren verletzt?					nein	ja
Wenn ja, wo und wie?						
War in den letzten Jahren ein Krankenhausaufenthalt nötig?					nein	ja
Wenn ja, weshalb?						
Haben Sie irgendwelche körperlichen Einschränkungen?					nein	ja
Wenn ja, inwiefern?						

KONTRAINDIKATIONEN

Leiden Sie unter		Tragen Sie	
akuten Entzündungen?	nein	einen Herzschrittmacher?	nein
akuten Thrombosen?	nein	künstlich angebrachte Metallstifte, -bolzen, -platten?	nein
akutem Bandscheibenvorfall	nein	Hüft- oder Knieimplantate?	nein
akuter Migräne	nein	Nehmen Sie Antibiotika oder	nein
akutem Rheumaschub	nein	entzündungshemmende Medikamente?	nein
frischen Frakturen	nein	Besteht eine Schwangerschaft?	nein
akuter Tendiopathie (Sehnenerkrankungen)	nein	Haben Sie einen Tinnitus?	nein
Tumoren?	nein		
Steinen in Gallen- oder abl. Harnwegen?	nein		
frischem Herzinfarkt?	nein		
Diabetes?	nein		
Epilepsie	nein		
Allergien	nein		

Sollte eine der Kontraindikationen in Ihrem Fall zutreffen, ist die Anwendung der Power-Plate und anderen Trainingsmöglichkeiten beim 10 Minuten Erfolg nur bedingt nutzbar. Es könnten unerwünschte Effekte auftreten, die es zu vermeiden gilt. Aus diesem Grund sollte dringend eine ärztliche Beratung eingeholt werden.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie oben stehende Erklärung gelesen und verstanden haben, sowie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift