

ANAMNESE

Kursteilnehmer/ Tagesgäste



Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: _____

Orthopädische Probleme: Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Beschwerden Wirbelsäule:** HWS BWS LWS
 Bandscheibenvorfall: _____
 Skoliose Osteoporose
 Sonstiges: _____

Andere orthopädische Probleme: Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Knie: _____
 Hüfte: _____
 Schulter: _____
 Sonstiges: _____

Herz-Kreislauf-Probleme: Ja Nein

Wenn ja, welche?

- hoher Blutdruck niedriger Blutdruck Herzinfarkt
 Sonstiges: _____
 Operationen: _____

Andere Risikofaktoren: Ja Nein

Wenn ja, welche?

- Diabetes _____ Asthma Durchblutungsstörungen

