

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

männlich

weiblich

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\_\_\_\_\_  
Beruf\_\_\_\_\_  
Anschrift: Straße, PLZ, Ort\_\_\_\_\_  
Telefon\_\_\_\_\_  
Email**Wie viel KG wiegst du?**

\_\_\_\_\_

**Medizinische Vorgeschichte**

Haben Sie Chronische Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf etc.? Wenn Ja, welche genau?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie akute oder vergangene Verletzungen? Wenn Ja, welche genau?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Operationen oder medizinische Eingriffe?

\_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Fatigue oder Erschöpfungssyndrome?

\_\_\_\_\_

**Sportliche Aktivität**

Sportliche Aktivitäten in der Vergangenheit? Wenn Ja, welche

\_\_\_\_\_  
Frühere oder aktuelle Sportverletzungen? Wenn Ja, welche\_\_\_\_\_  
Trainingsgewohnheiten und Erfahrung? Wie oft, Niveau...\_\_\_\_\_  
Schmerzen oder Unannehmlichkeiten während oder nach dem Sport?\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Bewegungseinschränkungen? Wenn Ja, beschreiben Sie.

---



---



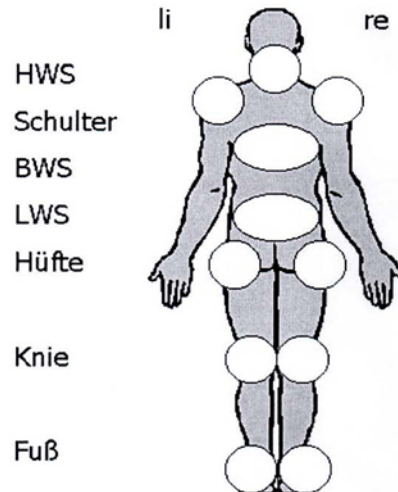
---

**Gelenk,-oder Rückenschmerzen? Wenn Ja, Wo?**

**Schmerzeinschätzung**

Bitte schätzen Sie Ihre Schmerzen ein.  
Tragen Sie in jeden Kreis der Figur  
Ihre derzeit wahrgenommenen  
Schmerzen als Zahl von 0 bis 10 ein.

0 = kein Schmerz  
10 = größtmöglicher Schmerz



**Wie Sieht Ihre berufliche Tätigkeit vorwiegend aus?**

- Überwiegend sitzend
- überwiegend stehend
- mit viel Bewegung
- Wenig Bewegung
- stressig

**Medikationen**

Aktuelle Medikationen. Nennen Sie alle Medikamente.

---



---



---

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

---



---

**Möchten Sie mir noch etwas mitteilen, was wichtig für die ProTherapie sein könnte?**