

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.

---



---



---

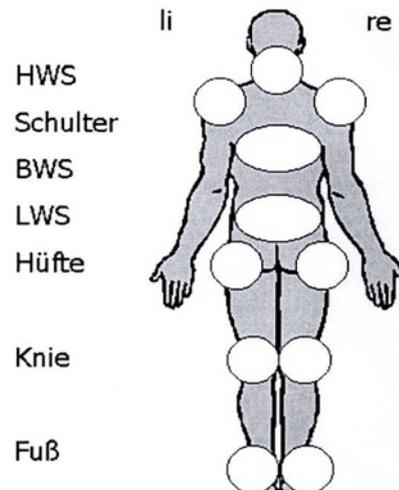
## Gelenk,-oder Rückenschmerzen? Wenn Ja, Wo?

### 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?