

## Anamnesefragebogen zum orthopädischen Rehasport

Name / Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Liebe/r Rehasport-Interessent/in,  
 unser Verein bietet Rehasportkurse an, die auf orthopädische Beschwerdebilder ausgerichtet sind. Hierfür besitzen wir die Zulassung durch den Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband Hamburg. Um sicherzustellen, dass bei Ihnen keine Begleiterkrankungen vorliegen, die einer Teilnahme an der Gruppe entgegenstehen, oder zumindest einer vorherigen (ggf. ärztlichen) Abklärung bedürfen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen vollständig zu beantworten. Bitte informieren Sie uns auch darüber, wenn sich vor Beginn oder im Verlauf der Rehasportverordnung etwas an Ihrem Gesundheitszustand verändert. Es gibt klare Vorgaben, nach denen wir uns in der Beurteilung der von Ihnen gemachten Angaben im Interesse aller und insbesondere Ihrer Gesundheit richten. Sollte sich ein Abklärungsbedarf für Sie herausstellen, stehen wir Ihnen selbstverständlich mit Rat und Tat zur Seite, um Ihnen schnellstmöglich den Zugang zu Ihrer gewünschten Rehasportgruppe zu ermöglichen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

### Leiden Sie an einer der folgenden Krankheiten?

**Herzerkrankungen** (z.B. Infarkt, Herzklappen, Herzschwäche, Herzrhythmusstörungen) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie einen Herzschrittmacher?** ja [ ] nein [ ] nein, aber einen Stent [ ] Seit wann? \_\_\_\_\_

**Kreislaufbeschwerden** (z.B. Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Blutdruck** zu hoch [ ] zu niedrig [ ] normal [ ] Nehmen Sie Medikamente? ja [ ] nein [ ]

**Schilddrüsenfunktionsstörung** ja [ ] nein [ ] Überfunktion [ ] Unterfunktion [ ]

**Erkrankung der Atemwege** (z.B. Bronchitis / COPD, Asthma bronchiale, Emphysem) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Allergien** (z.B. Hausstaub) ja [ ] nein [ ] Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Diabetes mellitus** ja [ ] nein [ ] tablettspflichtig [ ] insulinpflichtig [ ]

**Osteoporose** ja [ ] nein [ ]

**Nierenbeschwerden** (z.B. Nierensteine, Entzündung) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Bewegungs- / Koordinationsstörungen, Schwindel** ja [ ] nein [ ] Ggf. Symptome: \_\_\_\_\_

**Blutungsneigung** (z.B. Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen) ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Krebserkrankungen** (z.B. Lungen-, Darm- oder Brustkrebs, Leberkarzinom etc.) ja [ ] nein [ ]

Was und wann? \_\_\_\_\_

**Orthopädische Erkrankungen** (Bandscheibenvorfall [HWS; LWS], Arthritis/Arthrose) ja [ ] nein [ ]

**Haben Sie chronische Schmerzen?** ja [ ] nein [ ]

Seit wann? \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

**Neurologische Erkrankungen** (Schlaganfall, MS, Parkinson etc.) ja [ ] nein [ ]

---- bitte wenden ----

# Anamnesefragebogen zum orthopädischen Rehasport

Leiden Sie an anderen, nicht hier aufgeführten, Erkrankungen?

ja [ ] nein [ ]

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Gelenkersatz? ja [ ] nein [ ] Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_

Wo? \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie ein? \_\_\_\_\_

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

Operationen in den letzten 10 Jahren? ja [ ] nein [ ]

Ggf. Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Folgende Angaben sind vom Verein bzw. RZH auszufüllen:**

Hauptdiagnose/n gemäß RHS-VO: \_\_\_\_\_

Nebendiagnose/n gemäß RHS-VO: \_\_\_\_\_

Medical Check entgegen genommen und hinsichtlich Kontraindikationen/ ggf. abzuklärender Nebendiagnosen geprüft

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

## Ergebnis:

keine relevanten Nebendiagnosen → **Kursteilnahme freigegeben**

**Abklärung mit betreuendem Arzt** erforderlich:

erfolgt am \_\_\_\_\_

Kursteilnahme nach Abklärung mit betreuendem Arzt freigegeben

betreuender Arzt empfiehlt Abklärung durch Haus-/Facharzt bzw. verordnenden Arzt

**Abklärung durch Haus-/Facharzt bzw. verordnenden Arzt** erbeten.

Vordruck für Unbedenklichkeitsbescheinigung mitgegeben am \_\_\_\_\_

Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung vorgelegt am \_\_\_\_\_

→ Kursteilnahme freigegeben

Keine ärztliche Freigabe erteilt

→ Verweis auf alternative RHS-Gruppen bzw. BRS Hamburg

## Rehasportkurs/e:

Kurs 1: \_\_\_\_\_  Mo  Di  Mi  Do  Fr Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Kurs 2: \_\_\_\_\_  Mo  Di  Mi  Do  Fr Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Kurs 3: \_\_\_\_\_  Mo  Di  Mi  Do  Fr Uhrzeit: \_\_\_\_\_

## Einschätzung des Übungsleiters zu Beginn der Rehasportverordnung:

Leistungsfähigkeit des Teilnehmers ist gegeben Datum: \_\_\_\_\_ Übungsleiter: \_\_\_\_\_

Leistungsfähigkeit des Teilnehmers ist nicht zweifelsfrei gegeben Datum: \_\_\_\_\_  
→ ärztliche Abklärung erbeten und mit Teilnehmer besprochen Übungsleiter: \_\_\_\_\_

Weiteres Vorgehen: \_\_\_\_\_