



Medizinischer Befundbogen

Name: Vorname:

Straße: PLZ / Ort:

Email: Beruf:

Geburtsdatum: Größe: cm Gewicht: kg

Telefon-Nr.:

Notfall-Nr.:

Überweisender Arzt:

.....

Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente? ja nein

Wenn ja, welche

Rauchen Sie? nein gelegentlich unter 10 am Tag 1 Schachtel

Treiben Sie regelmäßig Sport? ja nein

Wenn ja, was und wie häufig

.....

Hatten Sie innerhalb der letzten 2 Jahre Verletzungen? ja nein

Wenn ja, welche

Hatten Sie innerhalb der letzten 2 Jahre Operationen? ja nein

Wenn ja, welche

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Physiotherapie? ja nein
Wenn ja, welche und wie lange

.....

Wann und warum waren Sie zuletzt beim Arzt?

.....

Wie ist Ihr Blutdruck?/..... mmHg

Kennen Sie Ihren Ruhepuls?

Leiden Sie derzeit oder haben Sie in der Vergangenheit an einer oder an mehreren dieser Krankheiten gelitten?

(Bitte ankreuzen)

Krankheit	ja	nein	Krankheit	ja	nein
Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Migräne / Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren / Blasenkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rücken- / Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burn Out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hör- / Sehschwächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Sollten Sie eine oder mehrere der Antworten mit „ja“ beantwortet haben, nennen Sie bitte die Art der Erkrankung, sowie das Jahr:

.....

.....

.....

.....