



## 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)*

<b>Krankheit</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>Krankheit</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
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:**

.....

.....

.....

.....