

## Kontraindikationen

Eingangsfragebogen zur Abschätzung des gesundheitlichen Risikos für die Kurseinheit

### RÜCKENFIT



Name \_\_\_\_\_

Geschlecht  männlich  weiblich

Vorname \_\_\_\_\_

TVN-Mitglied  ja  nein

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Betrag \_\_\_\_\_ € bez. \_\_\_\_\_

#### 1. Wie würden Sie Ihre Tätigkeit im Beruf bzw. Alltag beschreiben?

überwiegend sitzend  überwiegend stehend  überwiegend in Bewegung

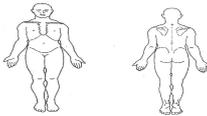
#### 2. Wie viel körperliche Anstrengung erfordert diese Tätigkeit?

keine besondere Anstrengung  mäßige körperliche Anstrengung  hohe körperliche Anstrengung

#### 3. Haben Sie Schmerzen?

ja  nein

##### 3a. Wenn „Ja“, wo haben Sie Schmerzen? (bitte einzeichnen!)



##### 3b. Wenn „Ja“, wann haben Sie Schmerzen?

konstant  belastungsabhängig  hin und wieder  eher selten

#### 4. Wie stark schätzen Sie Ihre Schmerzen ein?

(0 = keine Schmerzen – 10 = die schlimmsten vorstellbaren Schmerzen)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 5. Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Schmerzen in Ihren Tätigkeiten und Bedürfnissen eingeschränkt?

(0 = gar nicht – 10 = absolut)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

#### 6. Wurden bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen des Bewegungssystems von einem Arzt festgestellt?

Nein  Arthrose  M. Bechterew  
 Bandscheibenvorfall  Osteoporose  entzündliches Rheuma  
 Skoliose  sonstige Rückenleiden

Unfallfolgen, und zwar \_\_\_\_\_

Operationen, und zwar \_\_\_\_\_

sonstiges, und zwar \_\_\_\_\_

**6a. Sind Sie zurzeit wegen dieser Erkrankungen in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?**

ja  nein

**7. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen des Herz- Kreislaufsystems oder der Atmungsorgane von einem Arzt festgestellt?**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Nein                        | <input type="radio"/> hoher Blutdruck                  | <input type="radio"/> Herzinfarkt          |
| <input type="radio"/> Herzinsuffizienz / Schwäche | <input type="radio"/> Angina pectoris                  | <input type="radio"/> Herzmuskelentzündung |
| <input type="radio"/> Asthma bronchiale           | <input type="radio"/> chronische Bronchitis            |  |
| <input type="radio"/> insulinpflichtiger Diabetes | <input type="radio"/> obstruktive Atemwegserkrankungen |  |
| <input type="radio"/> sonstiges, und zwar _____   |  |  |

**7a. Fühlen Sie sich durch die genannte Erkrankung in der körperlichen Aktivität eingeschränkt?**

ja  nein

**7b. Sind Sie zur Zeit wegen dieser Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?**

ja  nein

**Haftungsausschlußvereinbarung**

Im Rahmen der Beratungen und Kursangebote werden Ihnen Empfehlungen zur Bewegung und Entspannung, unter anderem auch zu speziellen Krankheitsbildern gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf den von Ihnen gemachten Angaben und werden nach bestem Wissen und Kenntnistand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue „Dosierung“, entsprechend Ihres Zustandes, notwendig.

Sie haben bereits den Eingangsbogen ausgefüllt. Ausdrücklich geben wir deshalb nochmals zu bedenken, das bei bestimmten Indikatoren grundsätzlich das Einverständnis und/oder eine Abklärung mit dem Hausarzt oder Facharzt notwendig ist

***Zu diesen Indikatoren gehören unter anderem:***

- Zustand nach einem abgelaufenen Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Verengung der Herzkranzgefäße (sog. Koronare Herzkrankheit)
- Bestimmte Formen von Herzrhythmusstörungen
- Blutdruck systolisch über 160mmHg und/oder diastolisch über 95 mmHg
- Diabetes mellitus Typ I und II
- Zustand bei akutem oder postoperativem Bandscheibenvorfall
- Tumorerkrankungen

Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

**Beachten Sie, dass vor Beginn des Kursangebots und vor allem auch nach der Intervention keine Schmerzen auftreten sollen. In diesem Fall ist der Kursleiter darauf hinzuweisen und zwingend der Arzt aufzusuchen.**

Alle Kurse in den Bereichen Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung setzen einen guten Gesundheitszustand voraus. Zwar sind auch im Falle einer der genannten Erkrankungen Präventionsprogramme sinnvoll, aber um mögliche Zwischenfälle auszuschließen, ist in allen oben genannten Fällen eine medizinische Abklärung notwendig. Sollten Sie in dem ein oder anderen Bereich Probleme haben, z.B. Rückenprobleme, Herz-Kreislauf-Probleme, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vor der Kursanmeldung mit Ihrem Haus-, Fach- oder Werkarzt.

Jegliche Teilnahme an Bewegungs- bzw. Entspannungsprogrammen erfolgt auf eigene Verantwortung. Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden.

Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme des obigen Sachverhaltes und den Eingangsfragebogen wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_