

Kursteilnehmer- Gesundheitsfragebogen

Wie haben Sie von mir erfahren ?

Gesundheitsfragebogen

1. Erleben Sie zurzeit irgendwelche der folgenden Zustände ?

Untere Rückenschmerzen	Wenn Ja, Details angeben	JA/Nein
Beckenschmerzen	Wenn Ja, Details angeben	JA/Nein
Andere Wirbelsäulenprobleme	Wenn Ja, Details angeben	JA/Nein
Andere orthopädische Beschwerden	Wenn Ja, Details angeben	JA/Nein
Herzprobleme	Wenn Ja, Details angeben	JA/Nein
Hoher/ niedriger Blutdruck	Wenn Ja, Details angeben	JA/Nein
Epilepsie	Wenn Ja, Details angeben	JA/Nein

2. Sind Sie schwanger ? Wenn ja, in welcher Woche JA/Nein

3. Komplikationen in der Schwangerschaft? JA/Nein
Wenn ja, machen Sie nähere Angaben

4. Hatten Sie bisher jemals eine Episode unteren Rückenschmerzes ? JA/Nein

5. Haben Sie irgendwelche derzeitigen Verletzungen oder Operationen ? JA/Nein
Wenn ja, machen Sie nähere Angaben

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ? JA/Nein
Wenn ja, welche ?

7. Kreuzen Sie an, wenn irgendwelche der folgenden Gesundheitszustände bei Ihnen diagnostiziert worden oder wegen denen Sie Behandlung erfahren

Asthma	Arthritis	Schlaganfall	Diabetes
Depression	Bronchitis	Krebs	Dermatitis

Datum:

Name:

Unterschrift: