

ANAMNESEBOGEN FÜR EMS-TRAINING

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Straße, Hausnr.:	PLZ/Ort
Beruf:	Telefon:
Email:	Notfallkontakt:
Größe:	Gewicht:
Ruhepuls:	Blutdruck:

Beantworten Sie bitte folgende Fragen zur Gesundheit ehrlich mit „ja“ oder „nein“. Wenn Sie eine Frage mit „ja“ beantwortet haben, erläutern Sie diese bitte näher auf der Extra-Seite „persönliche Krankheitsgeschichte“.	Ja	Nein
1. Haben Sie orthopädische Probleme/Erkrankungen? (z.B. Arthrose/itis, Osteoporose, Rheuma o.ä. an Händen, Ellenbogen, Schulter, Wirbelsäule, Hüfte, Knien, Füßen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Krebs oder sind Sie momentan in chemotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Herzprobleme oder andere Erkrankungen des Herzkreislaufsystems? (z.B. Durchblutungsstörungen, Arteriosklerose, Thrombosen, Bluthochdruck,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Stoffwechselerkrankungen? (z.B. Diabetes Typ I oder II, Erkrankungen der Schilddrüse, Leber oder Nieren?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie mentale Gesundheitsprobleme oder Lernschwierigkeiten (z.B. Demenz, Depression, psychische Erkrankungen, Epilepsie, Essstörungen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie Erkrankungen der Atemwege? (z.B. Asthma, COPD, Allergien,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bestehen andere medizinische Diagnosen/Erkrankungen oder Einschränkungen, die oben nicht aufgeführt sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Nehmen Sie derzeit Nahrungsergänzungsmittel irgendwelcher Art zu sich? (z.B. zur Diät, Muskelaufbau, bei Mangelerscheinungen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nehmen Sie zur Zeit Medikamente oder verschriebene Arzneimittel? (erläutern Sie bitte Name, Dosierung und den Grund der Einnahme).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurden bei Ihnen chirurgische Eingriffe oder Operationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Haben oder hatten direkte Verwandte eine Herzerkrankung vor dem 60. Lebensjahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie momentan oder hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine Erkältung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Wurden Sie schon einmal ins Krankenhaus eingeliefert? Nennen Sie bitte Grund, Zeitpunkt und Dauer des Aufenthalts.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sind Sie derzeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Nennen Sie bitte den Grund der Intervention und seit wann die Behandlung durchgeführt wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sind Sie Raucher oder Ex-Raucher? Bitte nennen Sie Anzahl pro Tag und seit wann Sie rauchen bzw. wie lange und wie viel Sie geraucht haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Trinken Sie Alkohol? Bitte schätzen Sie jeweils die Menge Bier, Wein,... pro Woche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ist Ihr letzter Arztbesuch bereits länger her? Wenn ja, wie lange?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Wie lässt sich Ihre Ernährung am ehesten beschreiben?				
<input type="checkbox"/>	Low-Fat	<input type="checkbox"/>	Low-Carb	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	High-Protein	<input type="checkbox"/>	vegetarisch/vegan	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	nichts spezielles			
19. Wie sieht Ihr Aktivitätslevel im Job aus?				
<input type="checkbox"/>	kein (ausschließlich sitzend)		<input type="checkbox"/>	mittel (leichte Aktivität, gehen)
			<input type="checkbox"/>	hoch (sehr aktiv)
20. Wie oft sind Sie auf Reisen?				
<input type="checkbox"/>	seltener	<input type="checkbox"/>	ein paar Tage im Jahr	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	ein paar Tage im Monat	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	wöchentlich

Persönliche Krankheitsgeschichte

Ergänzen Sie bitte wichtige Details zu den Gesundheits-Fragen, die Sie mit „ja“ beantwortet haben.

Nr.	Details

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen Gewissen beantwortet habe. Ich erkenne an, dass diese Erklärung zur körperlichen Aktivität bis zu maximal 12 Monaten gültig ist ab dem Datum der Unterschrift und mit Änderung meines Zustandes ungültig wird.

- Ich bestätige zudem, dass ich die Datenschutzerklärung und die Information nach Art. 13, 14 DSGVO gelesen habe und stimme diesen zu. Mir ist bekannt, dass ich die Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

- Ich wurde ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Teilnahme auf eigene Gefahr und Risiko erfolgt. Haftungsansprüche jeglicher Art gegenüber der Firma Gesundheit Aktiv Heidi Feix in Volkach bestehen nicht.

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____

Absolute Kontraindikationen beim EMS Training:

	Ja	Nein
1. Akute Erkrankungen, bakterielle Infektionen oder entzündliche Prozesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Kürzlich vorgenommene Operationen (< 2 Monate)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arteriosklerose, arterielle Durchblutungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Stents oder Bypässe, die weniger als 6 Monate aktiv sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Unbehandelter Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diabetes Mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Elektrische Implantate, z.B. Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tumor- oder Krebserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Blutungsstörungen, Blutungsneigungen (Hämophilie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Neuronale Erkrankungen, Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Bauchwand- oder Leistenhernien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Herz- Rhythmus-Störungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Relative Kontraindikationen beim EMS Training:

	Ja	Nein
1. Akute Rückenbeschwerden ohne Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Akute Neuralgien, Bandscheibenvorfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Haben Sie Implantate (Prothesen) die jünger als 6 Monate sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Erkrankungen der inneren Organe (insbes. Nieren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kardiovaskuläre Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Arthrose, Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Epilepsie (mehr als 12 Monate anfallsfrei)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bewegungskinestosen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Größere Flüssigkeitsansammlungen im Körper, Ödeme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Offene Hautverletzungen, Wunden, Ekzeme, Verbrennungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Varikosis, Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Akuter Einfluss von Alkohol, Drogen, Rauschmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Einnahme von Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort/Datum: _____

Unterschrift: _____