

## 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"/>



**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. Bewegungskinstosen?	<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: \_\_\_\_\_