

Kontraindikationsbogen der Konföderation der deutschen Rückenschulen

Eingangsfragebogen zur Abschätzung des gesundheitlichen Risikos für Sporttreibende

Mit Hilfe der folgenden Fragen möchten wir einen Eindruck von Ihrer individuellen Belastbarkeit und sportlichen Vorerfahrung erhalten. Wir benötigen diese Informationen, um ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Kursprogramm entwickeln zu können. Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Name: _____

Geschlecht:

Vorname: _____

männlich

Geburtsdatum: _____

weiblich

1. Wie würden Sie Ihre Tätigkeit im Beruf beschreiben?

überwiegend sitzend

überwiegend stehend

überwiegend in Bewegung

2. Wie viel körperliche Anstrengung erfordert diese Tätigkeit?

keine besondere Anstrengung

mäßige körperliche Anstrengung

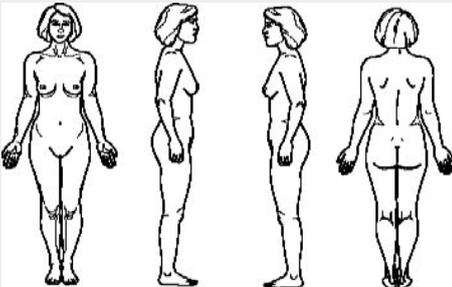
hohe körperliche Anstrengung

3. Haben Sie derzeit 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 zur Zeit 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?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> M. Bechterew |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> entzündliches Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Skoliose | <input type="checkbox"/> sonstige Rückenleiden | |
| <input type="checkbox"/> Unfallfolgen, und zwar | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Operationen, und zwar | _____ | |
| <input type="checkbox"/> sonstiges, und zwar | _____ | |

6a. Sind Sie zur Zeit 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="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / Schwäche | <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> chronische Bronchitis | |
| <input type="checkbox"/> insulinpflichtiger Diabetes | <input type="checkbox"/> obstruktive Atemwegserkrankungen | |
| <input type="checkbox"/> sonstige, 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 Ernährung, 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 Kenntnisstand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue „Dosierung“, entsprechend Ihres Zustandes, notwendig.

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

Zu diesen Indikationen gehören unter anderem:

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

Diese Aufzählung erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Beachten Sie, dass vor Beginn des Kursangebots und vor allem auch nach der Intervention keine Schmerzen auftreten sollten. 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. Rückenbeschwerden, 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 Ernährungs-, 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: _____