



# 1A GRSV Halle e.V.

Gesundheits- und  
Rehabilitationssportverein  
Halle e. V.



## EINGANGSFRAGEBOGEN

Name:	Vorname:
Anschrift:	Telefon:
Geburtstag:	Beruf/Tätigkeit:*
Überweisender Arzt/Hausarzt: (Name, Anschrift, Telefon)	
Körpergröße:*	Gewicht:*

Erkrankungen / Diagnosen:	Bemerkungen/ Ergänzungen/ Medikamente/ OP's (in den letzten 10 Jahren)
Herzerkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Durchblutungsstörungen / Krampfadern <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Blutdruck-Wert _____ Hypertonie (hoher Blutdruck) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hypotonie (niedriger Blutdruck) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Tablettenpflicht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Insulinpflicht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Lungenerkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Rheumatische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Arthrose / Arthritis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Endoprothesen (TEP) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Halswirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Lendenwirbelsäulen-Erkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Osteoporose <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Schilddrüsenfunktionsstörung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hyperthyreose (Überfunktion) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Hypothyreose (Unterfunktion) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Allergien <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Andere Erkrankungen:	
Weitere Medikamente:	
Ich wünsche eine ärztliche Beratung beim Vereinsarzt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Ich bin damit einverstanden, dass Daten und Werte, die in der Rehabilitationssportgruppe von mir erhoben werden, dem Behindertensportverein zur Verfügung gestellt und nicht an Dritte weitergegeben werden. Ferner stimme ich einer anonymen statistisch wissenschaftlichen Auswertung dieser Daten zu. Diese Einverständniserklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Wer ist im Notfall zu benachrichtigen? Name:	Telefon:
--	----------

Datum:

Unterschrift Interessent:

Wird vom Verein ausgefüllt:	Übungsort:
Übungszeit:	
Beginn voraussichtlich ab:	
Arztuntersuchungstermin (falls gewünscht):	

\* freiwillige Angaben