

**ANFRAGE-/ANAMNESEBOGEN REHASPORT**

	SV Winnenden 1848 e.V.
Datum:	
Rehasport Orthopädie: Welche Art der Verordnung haben Sie erhalten?	<input type="checkbox"/> VO 56 der Krankenkassen Von der Krankenkasse bereits genehmigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Name der Krankenkasse _____ <input type="checkbox"/> Renten Versicherung Bund/BW
An welchem Rehasport haben Sie Interesse?	<input type="checkbox"/> Rehasport klassisch <input type="checkbox"/> Rehasport im Wasser
Nachname:	
Vorname:	
Geb. Datum:	
Beruf:	
Adresse:	
Telefon:	
E-Mail:	
Kursauswahl :	Wann möchten/können Sie zum Rehasport kommen? Bitte tragen Sie mögliche Zeitfenster ein. (Mehrauswahl möglich)
Montag	Ab _____ Uhr bis _____ Uhr
Dienstag	Ab _____ Uhr bis _____ Uhr
Mittwoch	Ab _____ Uhr bis _____ Uhr
Donnerstag	Ab _____ Uhr bis _____ Uhr
Freitag	Ab _____ Uhr bis _____ Uhr
Wird von der SV Winnenden ausgefüllt – bitte nichts eintragen	Kursstart: _____ Kurs: _____ Tag: _____ Uhrzeit: _____



Diagnose: Welche orthopädischen Probleme liegen bei Ihnen vor?	<input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule <input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule <input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule <input type="checkbox"/> Sonstiges
Zusatzindikatoren: Leiden Sie an weiteren Erkrankungen? Ggfs. ankreuzen bzw. ergänzen	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Rheumat. Erkrankung
Therapien: Sind sie aktuell in einer dieser Therapien? Wenn ja, bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Krankengym. <input type="checkbox"/> Akupunktur Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Osteopathie
Bewegung: 1. Üben Sie aktuell Bewegungsaktivitäten aus? Wenn ja, bitte ankreuzen welche.	<input type="checkbox"/> Spazieren <input type="checkbox"/> Walken <input type="checkbox"/> Joggen Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Radfahren <input type="checkbox"/> Schwimmen <input type="checkbox"/> Gymnastik
2. Wie beweglich sind Sie? Bitte ankreuzen	<input type="checkbox"/> Ich kann Übungen im Liegen auf der Matte ausüben <input type="checkbox"/> Ich kann Übungen im Gehen ausüben <input type="checkbox"/> Ich kann Übungen im Sitzen ausüben	

Haben Sie Interesse am Sondertarif für das Training im Sportpark?
Dann sprechen Sie uns gern an.

Datum

Unterschrift