

# Anamnesebogen für EMS-Training

Seite 1 von 3

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Tel. privat: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel. Arbeit: \_\_\_\_\_

Im Notfall bitte verständigen (Name/Tel.): \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Ruhe-Puls: \_\_\_\_\_ Blutdruck: \_\_\_\_\_

Beantworten Sie bitte folgende Fragen zur Gesundheit ehrlich mit „ja“ oder „nein“.  
 Wenn Sie Fragen 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 etc.)?	<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 etc.)?	<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 etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie Erkrankungen der Atemwege (z. B. Asthma, COPD, Allergien, etc.)?	<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 etc.)?	<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 zwei 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 der Zigaretten 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"/>



# Anamnesebogen für EMS-Training

Seite 3 von 3

## Absolute Kontraindikationen beim EMS-Training

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

## Relative Kontraindikationen beim EMS-Training

	Ja	Nein
• Akute Rückenbeschwerden ohne Diagnose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Akute Neuralgien, Bandscheibenvorfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Haben Sie Implantate (Prothesen), die älter als 6 Monate sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Erkrankungen der inneren Organe (insbes. Nieren)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cardiovasculäre Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Arthrose, Gelenkerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie (mehr als 12 Monate anfallsfrei)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Bewegungskinetose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Größere Flüssigkeitsansammlungen im Körper, Ödeme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Offene Hautverletzungen, Wunden, Ekzeme, Verbrennungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Varikosis, Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Akuter Einfluss von Alkohol, Drogen, Rauschmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Einnahme von Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich den Fragebogen gelesen, verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet habe.

Sollten sich während der Vertrags-/ Trainingszeit Änderungen zu den ausgefüllten Fragen im Anamnesebogen ergeben, ist es Pflicht des Kunden, dies unverzüglich anzuzeigen.

Grundsätzlich gilt: Wenn Elektrotherapie und moderates Krafttraining von ärztlicher Seite zugelassen sind, ist auch ein EMS-Training möglich!

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_