

Fragebogen zur Kursteilnahme, Reha-Zentrum Velen

Name des Bewegungsangebotes

DATUM: _____

Name, Vorname, Geburtsdatum

Derzeitige Beschwerden:

Waren Sie wegen Ihrer Beschwerden im letzten Jahr in ärztlicher Behandlung? ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt (Name des Arztes): _____

Sind Sie in Ihrer Herz-Kreislaufleistungsfähigkeit eingeschränkt? ja nein

Wenn ja, wodurch? _____

Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:

Mit welcher Zahl würden Sie die Intensität Ihrer momentanen Beschwerden bezeichnen? *bitte ankreuzen*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*kein
Schmerz*

*größter
Schmerz*

Wie stark fühlen Sie sich derzeit durch Ihre Beschwerden im Alltag beeinträchtigt? *bitte ankreuzen*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*keine
Beeinträch-
tigung*

*sehr starke
Beeinträch-
tigung*

Welche Erwartungen haben Sie an diesen Kurs?

Unterschrift