

  
**DORSO REHA**  
Muskelaufbautraining MTT

Die Daten sind absolut vertraulich und unterliegen der Schweigepflicht !

1. Angaben zur Person:

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

2. Ihre Arbeitsbelastung

Wie würden Sie Ihre Tätigkeit im Beruf beschreiben ?

Überwiegend sitzend 0      überwiegend stehend 0      überwiegend in Bewegung 0

Wie viel körperliche Anstrengung erfordert diese Tätigkeit ?

Keine 0      mäßige 0      hohe 0

3. Risikofaktoren

Wie hoch ist Ihr Blutdruck (oberer= systolischer Wert)?

Weiß nicht 0      unter 140 0      140-160 0      über 160 (mmHg) 0

Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel ?

Weiß nicht 0      unter 200 0      200-250 0      über 250 (mg/dl) 0

Wie hoch ist Ihr Körpergewicht (in kg) ? .....

Welche Körpergröße haben Sie ? .....

4. Schmerzen

Leiden Sie unter Schmerzen ?      Ja 0      nein 0

Wenn ja, tragen Sie bitte in der entsprechenden Körperregion die Schmerzstärke mit nachfolgenden Ziffern ein:

1: hin und wieder  
3: sehr oft (mehrmals/Woche)

2: häufiger (mehrmals/Monat)  
4: ständig

*Beispiel: Kopf* \_\_\_\_\_ *1* \_\_\_\_\_ (=mehrmals im Monat Kopfschmerzen)

Kopf:	Halswirbelsäule:	Schulter/Nacken:
Unterer Rücken:	Ellenbogen:	Hüften:
Hände:	Knie:	Füße:

#### 5: Beschwerden/Erkrankungen im orthopädischen Bereich

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen ?

Arthrose 0	M.Bechterew 0	Osteoporose 0
Bandscheibenvorfall 0	M. Scheuermann 0	Skoliose 0

Sonstige  
Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit wegen einer dieser Erkrankungen in krankengymnastischer Behandlung ?

\_\_\_\_\_

#### 6. Beschwerden/Erkrankungen im internistischen Bereich

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen ?

Herzinfarkt 0	Schlaganfall 0	Bluthochdruck 0	Brustschmerz 0
Asthma 0	Diabetes 0	Schilddrüse 0	Rheuma 0

Sonstige: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ?? Welche ?

\_\_\_\_\_

#### 7. Sind Sie zur Zeit sportlich aktiv ?

Bitte nennen Sie die Sportarten / Hobbys, die Sie ausüben und wie oft / regelmäßig?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3.

---

4.

---

8. Erwartungen an das Training:

Was erwarten Sie von der MTT ?

Schmerzlinderung

Vorbeugung erneuter Schmerzen

Verbesserung der allg. körperlichen Fitness

Geselligkeit/Spaß in der Gruppe

Verbesserung der Körperhaltung

Erlernen rückenschonender Techniken in Beruf und Freizeit

Individuelles Bewegungsprogramm

Information über das allgemeine Gesundheitsverhalten

Sonstiges, und

zwar: \_\_\_\_\_

---

Datum E-Test:.....

Therapeut/Sportlehrer/in:.....

**Vielen Dank für Ihre freundliche Mithilfe !!!**