

CHECKLISTE

EINWEISUNG | PROBETRAINING AKTIVE THERAPIE

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefonnummer
Emotionaler Gesundheitlicher Beweggrund	Körpergröße
	Gewicht
wichtige Medikamente	wichtige Diagnosen (z.B. Herzrhythmusstörungen, Schilddrüse, Augeninnendruck)

Bedarfsanalyse_

Primäres Ziel | Befund

Sportliche Vorerfahrung

Befund_ wird von dem/der Therapeut/In ausgefüllt.

Gesundheitlicher Marker

Nebendiagnosen

VAS des Marker




Alltagsbelastung | Beruf

VAS Einschränkung im Alltag



BITTE ZUM TERMIN MITBRINGEN!

-  Handtuch
-  Duschzeug
-  festes Schuhwerk
-  sportliche und bequeme Kleidung
-  Kartenpfand 40€
-  Pulsgurt und PET/ BPA-freie Trinkflasche werden gestellt

Datum

Uhrzeit

Physiotherapeut/in

