

Hubert Gritsch - Diplom Physiotherapeut

Neuhauserstr. 5 - 6020 Innsbruck - Tel: 0699 / 120 90 310 - praxis@sentio-tirol.at - www.sentio-tirol.at

Anamnesebogen

Medizinische Beurteilung hinsichtlich möglicher Kontraindikationen im Hinblick auf die Durchführung einer SwingMed Extensionstherapie für:

Name, Vorname: _____
geb.: _____ Tel: _____
Adresse: _____
Gewicht (über 120 kg): _____ kg Größe: _____
Diagnose: _____

Herz- Kreislauferkrankungen

Koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen	ja	nein
Herzinfarkt innerhalb der letzte 3 Monate	ja	nein
Z.n. Apoplex	ja	nein
Hypertonie / Bluthochdruck	ja	nein
Periphere arterielle Durchblutungsstörung	ja	nein

Erkrankungen der Schilddrüse

Schilddrüsenüberfunktion	ja	nein
--------------------------	----	------

Erkrankungen der Lunge

COPD	ja	nein
Asthma	ja	nein

Erkrankungen von Leber, Niere, Darm	ja	nein
-------------------------------------	----	------

Erkrankungen des Bewegungsapparats

Osteoporose	ja	nein
Künstliche Gelenke	ja	nein
Wenn ja, welche? _____		
Verplattungen / Verschraubungen	ja	nein
Wenn ja, wo? _____		

Tumorerkrankungen

Knochenmetastasierung Wirbelsäule/ unteren Extremität	ja	nein
---	----	------

Erkrankungen des Auges

Netzhautablösung	ja	nein
------------------	----	------

Glaukom / grüner Star	ja	nein
-----------------------	----	------

Diabetische Retinopathie	ja	nein
--------------------------	----	------

Erkrankungen des Ohrs bzw. Gleichgewichtsorgans

Gleichgewichtsstörung	ja	nein
-----------------------	----	------

Schwindelzustände	ja	nein
-------------------	----	------

Neurologische oder psychiatrische Erkrankungen

Epilepsie	ja	nein
-----------	----	------

Neurosen	ja	nein
----------	----	------

Psychosen	ja	nein
-----------	----	------

Drogensucht	ja	nein
-------------	----	------

Bei Frauen

Schwangerschaft	ja	nein
-----------------	----	------

Anmerkungen und Besonderheiten

Bei der Besprechung mit Frau/ Herrn _____ haben sich keine Kontraindikationen im Hinblick auf die Durchführung einer SwingMed-Behandlung ergeben. Nach Abwägung der Vorteile und der Risiken der Behandlung bestehen keine Einwände zur Durchführung dieser Therapie.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes