

ABB.: DOKUMENTATION zur PRÄVENTION/GEMEINDEMEDIZIN
>Arbeitsgemeinschaft Gesundheitsförderung Östringen (AGfÖ)<

Name:..... Vorname:..... Geb.Dat.:.....

Wohnort:..... Straße:..... Tel.Nr.:.....

Geschlecht:..... männlich weiblich Beruf:.....

KURS-Nr..... Kursbezeichnung:.....

Ü-Leiter(in):..... Krankenkasse:.....

Erstmalige Teilnahme:..... ja nein

Haben Sie

- erhöhten Blutdruck? ja nein weiß nicht
- erhöhte Blutfette/Cholesterin? ja nein weiß nicht
- Zuckerkrankheit/Diabetes? ja nein weiß nicht
- Rücken-/ Gelenkschmerzen? ja nein
- starken Streß? ja nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente gegen

- erhöhten Blutdruck? ja nein
- erhöhte Blutfette? ja nein
- Diabetes? ja nein

Rauchen Sie zur Zeit ?

ja nein

Wie beurteilen Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand? gut zufriedenstellend eher schlecht

Falls Sie bereits an einem Gesundheitstraining der AGfÖ teilgenommen haben :

- Meinen Sie, daß Ihnen das Training etwas nützt? ja nein weiß nicht
- Bewegen Sie sich regelmäßig(er)? ja nein weiß nicht
- Sind Sie beweglicher geworden ? ja nein weiß nicht
- Haben Sie weniger Schmerzen ? ja nein weiß nicht
- Ernähren Sie sich vollwertig? ja nein weiß nicht
- Entspannen Sie sich regelmäßig(er)? ja nein weiß nicht

Vom Arzt auszufüllen:

UNTERSUCHUNG

* Raucher: ja nein

* Körpergröße: cm Datum:.....

von der AGfÖ-Zentrale auszufüllen

* Gewicht (ohne Jacke u. Schuhe):..... kg Datum:.....

* Blutdruck (Mittel aus 2 Messg.....mmHg Datum:.....

* Cholesterin:..... mg/dl Datum:.....

* HDL:..... mg/dl Datum:.....

* LDL:..... mg/dl Datum:.....

Triglyceride:..... mg/dl Datum:.....

HbA1c (nur bei Diabetes):..... Datum:.....

Jahr		
Patient	Bogen	Kurs
Arzt	Ü-Leiter	Kasse

Ergometrie (Belastung ab 50 Watt bis Puls=180 minus Alter)

Gegebenenfalls kurz auf der Rückseite dokumentieren