

# Anamnese / Aufnahmebogen

Hiermit möchten wir dich zunächst ein wenig besser kennenlernen. Diese Anamnese ermöglicht es uns, ein umfassendes Bild deiner gesundheitlichen Vorgeschichte, unerlässliche Informationen zu deinem aktuellen körperlichen Zustand, zu deinen persönlichen Zielen und Lebensgewohnheiten zu erhalten. Diese sind nicht nur für die Erstellung deines individuellen Trainingsplans unerlässlich, sondern auch um unsere Übungen besser an deine Bedürfnisse anzupassen und mögliche gesundheitliche Risiken zu identifizieren. Bitte nimm dir also die wenigen Minuten im Zeit, unseren Anamnese-Bogen auszufüllen. Diese Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und werden nicht weiter gegeben. Falls dir etwas unklar sein sollte, lass einfach die entsprechende Zeile frei und wir klären das in unserem Vorgespräch.

**Vorname & Name:**

---

**Geboren am:**

---

**Beruf:**

---

**Adresse:**

---

---

**Telefon:**

---

**Email:**

---

**Biologisches Geschlecht:**

weiblich

männlich

**Treibst du Sport?**

Wenn ja, welchen und wie oft:

---

**1. Rauchst du?**

Nein

Ja, seit ...

\_\_\_\_\_

Möchtest du das Rauchen aufgeben?  Nein

Ja

Hast du jemals geraucht?  Nein

Ja

Seit wann bist du Nichtraucher?

\_\_\_\_\_

**2. Meine Lungengeräusche:**

nehme ich deutlich wahr

nehme ich bei Belastung wahr

sind in der Nacht hörbar

nehme ich überhaupt nicht wahr

**3. Fühlst du dich durch deine**

**Atmung im Alltag beeinträchtigt?**  Ich fühle mich sehr gut und habe keine Beschwerden

Ja, manchmal

Ja, ich habe meist Beschwerden

Wenn ja, wobei genau?

\_\_\_\_\_

**4. Fühlst du dich durch deine Atmung**

**beim Sport beeinträchtigt?**  Nein

Ja

Wenn ja, wobei genau?

\_\_\_\_\_

**5. Leidest du an:**

- Allergien
  - Atemnot (Asthma, Mukoviszidose oder COPD)
  - Emphysem oder Lungenfibrose
  - Bluthochdruck
  - Übergewicht
  - Skoliose
  - Schwindel / Gleichgewichtsstörungen
  - Sehstörungen
  - Nasen- / Nebenhöhlen-Entzündungen
  - Probleme mit dem Hören (z.B. Tinnitus)
  - Sonstiges (bitte näher beschreiben)
- 

**6. Bist du wegen deiner aktuellen**

**Beschwerden in Behandlung?**

- pneumologisch
  - allergologisch
  - neurologisch
  - osteopatisch
  - physiotherapeutisch
  - ergotherapeutisch
  - chiropraktisch
  - ernährungsmedizinisch
  - Sonstige (bitte näher beschreiben)
-

**7. Nimmst du eines oder mehrere**

**der folgenden Medikamente ein?**

- anti entzündliche
- blutverdünnende
- Blutdruck regulierende
- schmerzlindernde
- Astmamittel
- Psychopharmaka
- Hormone
- Sonstige (bitte näher beschreiben)

---

Wie oft nimmst du diese o.a. Medikamente?

- regelmäßig
- bei Bedarf

Bemerkungen dazu:

---

---

---

---

**8. Hast du in den letzten zwölf Monaten:**

- einen Unfall gehabt
- eine Operation gehabt
- einen Knochenbruch gehabt

Bemerkungen dazu:

---

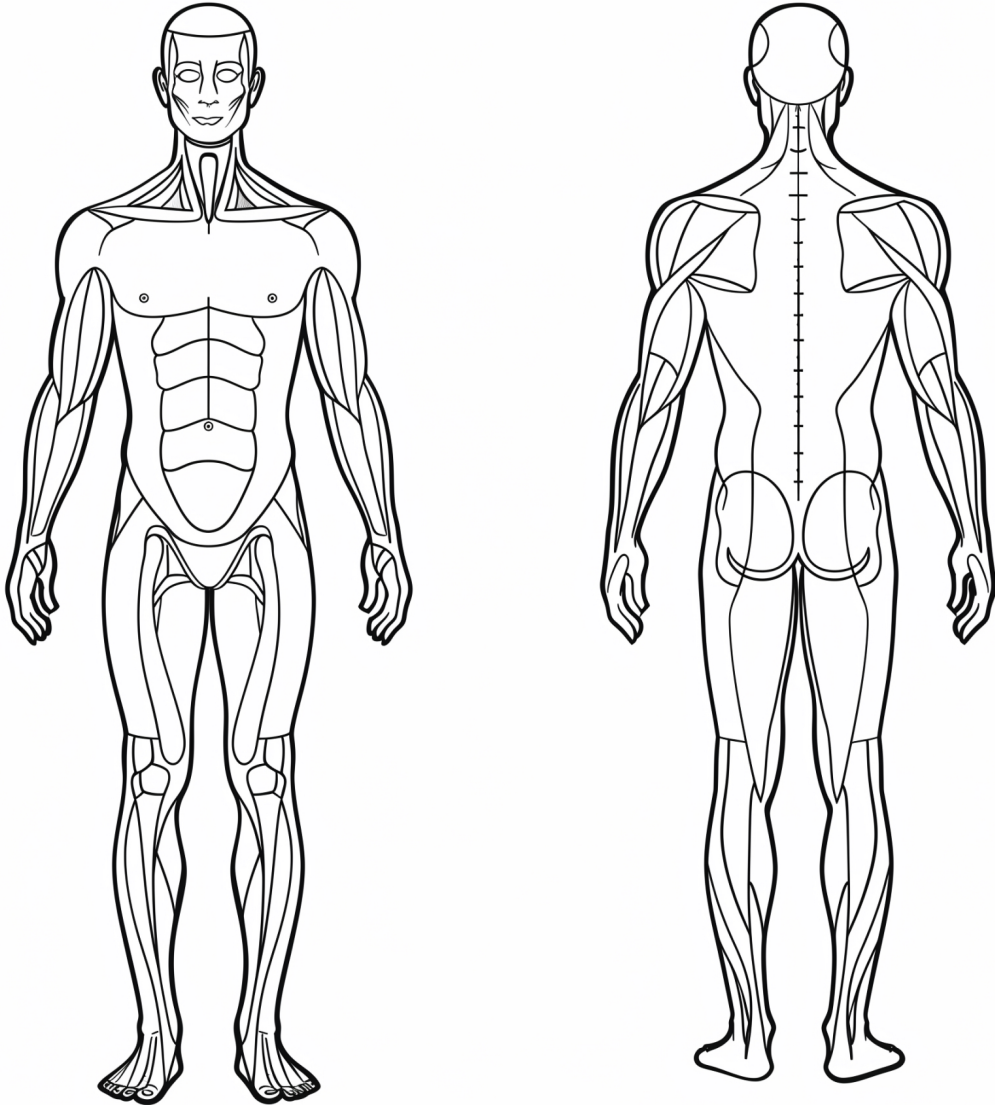
---

---

---

**9. Hast du Einschränkungen des Bewegungsapparates bzw. Schmerzen, die deine Bewegungen einschränken?**

Wenn ja, wo?



Bemerkungen dazu:

---

---

---

---

---

**10. Was möchtest du durch oxikinetisches Training erreichen?**

(bitte näher beschreiben)

---

---

---

---

---

**11. Was ist passiert, bevor das Problem aufgetreten ist, weshalb du herkommst?**

(bitte näher beschreiben)

---

---

---

---

---

**12. Gibt es sonst noch etwas, das du uns mitteilen möchtest?**

(bitte näher beschreiben)

---

---

---

---

---

## **Risikoaufklärung**

### Behandlungsrisiken / Trainingsrisiken:

Oxykinetisches Atem- und Bewegungstraining ist eine relativ risikoarme Methode um Einschränkungen und Beschwerden biomechanischen Ursprungs zu begegnen. In der Regel sind damit keine weiteren Risiken verbunden, die nicht auch mit anderen Sportarten einhergehen könnten. Wie jedes sportliche Training ist auch das oxykinetische Training mit einem Restrisiko behaftet - sogar tödlich - egal in welcher sportlichen Fachdisziplin.

### Behandlungsreaktionen:

Nach der Behandlung bzw. dem Training treten manchmal innerhalb der ersten 48 Stunden Muskelkater ähnliche Schmerzen auf. In der Regel verschwinden diese schnell, wenn betroffene Stellen gekühlt werden oder die betroffenen Muskelpartien zur Ruhe kommen. Es kann auch vorübergehend zu Müdigkeit und/oder Kopfschmerzen kommen. Auch ein gewisses Instabilitätsgefühl kann sich für einige Zeit einstellen.

Für weitere Informationen wende dich bitte an deinen persönlichen Coach oder im Zweifel an deinen behandelnden Arzt.

- Ich fühle mich ausreichend über die Risiken des oxykinetischen Trainings informiert.
- Ich habe die obigen Ausführungen dazu gelesen und verstanden.
- Ich bin mit einer Behandlung bzw. dem Start des Trainings auf eigene Gefahr einverstanden.

## **Abrechnung**

Als unmittelbar zahlungspflichtiger Vertragspartner erhältst du in der Regel vorab oder auch gleich nach dem Training die entsprechende Gebühren-Rechnung. Der Rechnungsbetrag ist sofort bei Erhalt der Rechnung fällig.

## **Einverständniserklärung**

- Meine Angaben in diesem Aufnahmebogen sind korrekt. Ich habe die Fragen auf dem Aufnahmebogen gelesen und verstanden, und die Angaben nach meinem besten Wissen und Gewissen gemacht. Falls sich meine gesundheitliche Situation ändert, werde ich das Team von OMOTION umgehend informieren.
- Ich stimme der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten an meinen behandelnden Arzt im Rahmen des Behandlungsvertrages hiermit ausdrücklich zu.
- Mit dem Inhalt der Informationsmappe, die ich nach dem Gespräch ausgehändigt bekomme, mache ich mich vertraut.
- Ich erlaube OMOTION mir Rechnungen, Terminerinnerungen, und andere die Praxis betreffende Schreiben, per Email zuzusenden.
- Ich bin damit einverstanden, dass OMOTION mir einen Newsletter per Email zusendet.

**Ich habe die vorstehenden Regelungen zur Kenntnis genommen, verstanden und akzeptiere sie.**

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_