

Gesundheitsfragebogen



Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geschlecht:

weiblich männlich divers

Größe (in m):

Gewicht (in kg):

Teilnehmer-ID:

Sie haben Fragen zum Ausfüllen dieses Fragebogens?
Wenden Sie sich gerne an das Generali Gesundheitstelefon unter 0221 1636-6668.

Dieser Fragebogen dient der besseren Abwägung von Nutzen und Risiken Ihrer Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie:

„Für mehr Balance und Muskelkraft“

1. Beträgt Ihre Körpergröße weniger als 1,50 m	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
2. Beträgt Ihr Körpergewicht mehr als 120 kg?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
3. Ist bei Ihnen ein Pflegegrad 2-5 festgestellt worden?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
4. Können Sie nur weniger als 30 Minuten leicht körperlich aktiv sein?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
5. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Operation an der Wirbelsäule, der Hüfte, den Beinen, den Knien oder den Füßen (z. B. eine Operation nach Oberschenkelhalsbruch, Operation zwecks Gelenkersatzes oder Gelenkversteifung)?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
6. Leiden Sie derzeit an einer Krebserkrankung, die mit Chemo-, Strahlen-, biologischer oder palliativer Therapie behandelt wird?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
7. Leiden Sie an Demenz, Morbus Parkinson, Multipler Sklerose oder Epilepsie?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
8. Leiden Sie an Herz-Kreislaufkrankungen (z. B. Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz, schlecht eingestelltem Bluthochdruck, Schmerzen in der Brust in Ruhe oder unter Belastung oder andere schwerwiegenden Formen von Herz-/ Kreislaufkrankungen)?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
9. Leiden Sie unter einer Depression, Angststörung oder Schizophrenie, die nicht zufriedenstellend behandelt ist?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
10. Leiden Sie an den Folgen eines Schlaganfalls, die die Motorik, kognitiven und/oder sprachlichen Kompetenzen erheblich einschränken?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja



-
11. Leiden Sie an schwerwiegenden Erkrankungen der Atemwege (z. B. COPD)? nein ja
-
12. Leiden Sie unter Morbus Menière oder an einer mit Schwindel einhergehenden Erkrankung? nein ja
-
13. Leiden Sie unter einer Verletzung oder Erkrankung, die die Sensibilität und/oder Motorik Ihrer Beine oder Füße einschränkt (z. B. Wirbelkanalstenose, Rückenschmerzen, die bis in die Beine ausstrahlen, akuter Bandscheibenvorfall)? nein ja
-
14. Haben Sie Probleme, Angaben auf einem etwa 1m entfernten Bildschirm (z. B. Fernseh- oder Computerbildschirm) – mit oder ohne Brille – zu lesen? nein ja
-
15. Leiden Sie unter akuten Entzündungen des Bewegungsapparats (z. B. Arthritis, Rheuma im akuten Schub, Morbus Bechterew im akuten Schub, akuter Gichtanfall)? nein ja
-
16. Leiden Sie derzeit unter einer tiefen Beinvenenthrombose oder einem „offenen“ Bein (z. B. Geschwür)? nein ja
-
17. Benötigen Sie orthopädisches Maßschuhwerk (hiermit sind keine Schuheinlagen gemeint) aufgrund von Sensibilitätsstörungen in den Füßen? nein ja
-
18. Hatten Sie bereits einen Knochenbruch aufgrund einer Osteoporose oder konnten Sie merkbare körperliche Veränderungen (starke Abnahme der Körpergröße, zunehmende Rundrücken-Entwicklung) an sich feststellen? nein ja
-

WICHTIG:

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Gesundheitsfragebogen sorgfältig gelesen, verstanden und gewissenhaft beantwortet haben.

Haben Sie alle Fragen mit „**nein**“ beantwortet, können Sie an der Studie teilnehmen. Eine ärztliche Abklärung ist nicht zusätzlich erforderlich. Bitte bringen Sie den ausgefüllten Gesundheitsfragebogen zu Ihrem ersten Termin ins Therapiezentrum mit.

Sie haben mindestens eine Frage mit „**ja**“ beantwortet? Bitte wenden Sie sich zur weiteren Abklärung Ihrer Teilnahmeeignung an das Gesundheitstelefon (0221 1636-6668).

Weiterhin ist die unterschriebene Einwilligung- und Datenschutzerklärung Voraussetzung für die Teilnahme an der oben genannten Studie.

Ort, Datum, Unterschrift