



# FRAGEBOGEN

(Bitte in Blockbuchstaben deutlich schreiben)

Name/Vorname \*

geb. am \*

Heimatanschrift: PLZ-Ort, Straße

E-Mail

Telefon

\* Angabe erforderlich

- 1.) Haben Sie positive Erfahrungen mit Sauna oder Biosauna?  ja  nein
- 2.) Betreiben Sie Sport?  ja  nein
- 3.) Können Sie ohne Beschwerden 3 Stockwerke Treppensteigen?  ja  nein
- 4.) Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt (z.B. Rhythmusstörungen, Angina pectoris, Herzinfarkt in Vorgeschichte, Herzklappenfehler...)?  ja  nein
- 5.) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Herzbeschwerden od. erhöhten Blutdruck?  ja  nein
- 6.) Hatten Sie in den vergangenen 6 Monaten Atemnot ohne entsprechende körperliche Belastung?  ja  nein
- 7.) Litten Sie in den vergangenen 6 Monaten unter Schwindelgefühl?  ja  nein
- 8.) Leiden Sie unter starken Krampfadern?  ja  nein
- 9.) Haben Sie Diabetes (Zuckerkrankheit)?  ja  nein
- 10.) Hatten Sie in den letzten 3 Jahren einen Krampfanfall oder einen Schlaganfall?  ja  nein
- 11.) Leiden Sie unter "Platzangst"? (z. B. in einem engen Fahrstuhl)  ja  nein
- 12.) Für weibliche Besucher: Besteht eine Schwangerschaft?  ja  nein
- 13.) Besteht oder bestand eine Tumorkrankheit?  ja  nein
- 14.) Haben Sie gesundheitliche Beschwerden im Bereich: (Bitte ankreuzen)  
 des Bewegungsapparates  der Atemwege  der Haut?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 14.) Leiden Sie unter einer weiteren akuten oder chronischen Erkrankung?   
ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 15.) Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein?  ja  nein  
insbesondere zur Blutverdünnung/ Med.-Name: \_\_\_\_\_  
Herz- oder Blutdruckmittel/ Med.-Name u. Dosierung: \_\_\_\_\_

andere:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

Ärztlicher Teil

Arztstempel

1.) Untersuchung:

RR \_\_\_\_\_ Puls \_\_\_\_\_ regelmäßig--- (ja/nein)

Ggf. Auskultation.- cardiac

pulmonal

2.) Weitere Dokumentation von Besonderheiten:

P...

R...

3.) Diagnose: