

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

## 050 Körperfunktionen / Wie bewege ich mich? / bitte vor Arztbesuch ausfüllen.

Vorinformation: Dieses Blatt erhalten Sie, weil Sie am Bewegungsapparat Schmerzen haben. So erleichtern Sie uns die Schmerzursache zu finden. Wenn Sie nur **Schmerzmittel** und **keine Abklärung** wollen: hier ankreuzen ☐

### Schmerz

Wo haben Sie Schmerzen ? \_\_\_\_\_ Austrahlend wohin? \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Schmerzen (Datum ungefähr) \_\_\_\_\_

Bei was sind Sie dadurch im Alltag eingeschränkt ? Arbeit/Körperpflege

**Arbeit / Berufsbezeichnung:** \_\_\_\_\_ **Pensum:** \_\_\_\_\_ %

- Stehend: \_\_\_\_\_ %, Sitzend: \_\_\_\_\_ %, Hockend: \_\_\_\_\_ %, Kauernd: \_\_\_\_\_ %

- Heben/Tragen : **Maximal** \_\_\_\_\_ kg bis \_\_\_\_\_ kg ; **meistens** \_\_\_\_\_ kg bis \_\_\_\_\_ kg, \_\_\_\_\_ Mal pro Stunde

### Körperhaltungen

-Beugung des Oberkörpers: wenig ☐ stark ☐ gebeugt, über 1-2h ☐, 2-4h ☐, über 4h ☐

-Statische Bewegungen: was: \_\_\_\_\_ für \_\_\_\_\_ Stunden/Tag

-für **Büro**: Liegt der Ellbogen bei der Mausbedienung auf ? (ja/nein)

-für **Büro**: Häufiges Feldwechsel / Linksklick / Tabellenkalkulation (ja/nein)

### Sport / Bewegung

-Welche Sportarten üben Sie aus ? \_\_\_\_\_

-Wie oft die Woche trainieren Sie ? \_\_\_\_\_ Mal \_\_\_\_\_ Stunden ;

-Machen Sie auch hochintensives Training ? (HIT-Training) ; ja/nein

-Ungefähre Schrittzahl / Tag: \_\_\_\_\_ / Woche \_\_\_\_\_ (sofern Schrittzähler vorhanden)

### Ausserordentliche Tätigkeiten / z.B. Umbau

-Bewegungen, welche Sie sonst nicht machen? (Umzug/Training) (ja/nein)

-Wenn ja, wie lange ist es her (Datum): \_\_\_\_\_

### Anwesenheit von Tieren ☐; Hunde ☐; Pferde ☐ Kleinkinder ☐