

Fragebogen Functional Movement Screen

Name / Vorname:

Telefonnummer oder e-mail Adresse:

Sportliche Betätigung :

Liegen Erkrankungen wie z.B. Diabetis, vor?

Erkrankungen am Herz / der Atemwege:

Operationen? Was / wann:

Haben Sie momentan Schmerzen?

Falls ja, wo befinden sich die Schmerzen:

Befinden Sie sich momentan deswegen in Therapie?

Ist Ihnen ein Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne ärztliche Kontrolle zu trainieren bzw. Sport zu treiben?

Persönliches Ziel bzw. Erwartung dieses Tests:

Datum:

absenden an Physiotherapeutin:

schimmer_plasswilm@hotmail.com