



Erhebungsbogen Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung, Anamnese

Name: Vorname: Geburtsdatum:

PATIENTENANGABEN: (ANAMNESE)

1. Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern):

[Zutreffendes bitte jeweils unterstreichen]

- 1.1. Plötzlicher Todesfall, insbesondere vor dem 55. Lebensjahr, Herzkrankheiten, Angina pectoris, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten (Beine, Halsgefäße), Schlaganfall (Hirnschlag), Eingriffe am Herzen (Herz-Operation, Ballondehnung, Herzschrittmacher), Angeborene Gefäßleiden (Marfan-Syndrom), gehäufte Thrombosen, Allergien; Ja / Nein
- 1.2. Herzkreislauf-Risikofaktoren: Bluthochdruck, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung; Ja / Nein

2. Eigene gesundheitliche Angaben:

[Zutreffendes bitte jeweils unterstreichen und ggf. Angaben ergänzen]

- 2.1. Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? z.B. Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, andere
Traten länger wirkende Probleme / Komplikationen auf? Welche: Ja / Nein
- 2.2. Besteht bei Ihnen Impfschutz – **Ja** – gegen: Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose? Gegen andere Krankheiten (z.B. FSME):
- 2.3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Erkrankungen, wie z.B. Herzkrankheit (Herzinfarkt, schwere Rhythmusstörungen), vergrößertes Herz, Thrombosen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung (erhöhtes Cholesterin), Adipositas/Übergewicht, Lungenerkrankung (z.B. Asthma), neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie), Migräne, Schilddrüsenerkrankung, chronische Darmerkrankung, orthopädische Erkrankungen (z.B. Rheuma) oder eine körperliche Behinderung? Ja / Nein
Wenn körperliche Behinderungen, welche:
- 2.4. Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen)? Welche: Ja / Nein
- 2.5. Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Sinnesorgane (z.B. Brille/Kontaktlinse, Ohren, Trommelfell, Nase) oder der Zähne? Andere: Ja / Nein
- 2.6. Nehmen Sie Medikamente²⁾, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein? [?] z.B. β -Rezeptoren-Blocker, Diuretika (harntreibende Medikamente), Kortison] Ja / Nein
Welche:
- 2.7. Hatten Sie Operationen oder Krankenhausaufenthalte? Ja / Nein
Was und wann:
- 2.8. Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gipsversorgung, schwere Verletzungen? Ja / Nein
Was und wann:
- 2.9. Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht? Ja / Nein
Was:, wie viel:, wie lange:, wie viele Packungen pro Tag:
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? O Bier; O Wein; O Schnaps; Gläser pro O Tag / O Woche Ja / Nein
- 2.10. Ernährungsgewohnheiten: O Vollkost; O Vegetarisch; O Vegan; O Andere:

3. Eigene aktuelle oder frühere Beschwerden:

[Zutreffendes bitte jeweils unterstreichen und ggf. Angaben ergänzen]

- 3.1. Können Sie sich gut belasten, auch im Vergleich zu Ihren Sportkameraden? Ja / Nein
- 3.2. Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen schwereren Infekt/Erkältung/Fieber? Ja / Nein
- 3.3. Fühlen Sie sich gesund? Ja / Nein Haben Sie irgendwelche Beschwerden? Ja / Nein
Welche Beschwerden? O Schlafstörungen; O Appetitmangel; O Verstopfung; O Atembeschwerden, z.B. O Atemnot, O Husten, O Auswurf; O Sonstiges:
- 3.4. Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken (Wirbelsäule)? Ja / Nein
Welche und wo:

