

# SPORTMEDIZINISCHER ANAMNESE- UND UNTERSUCHUNGSBOGEN

Als wissenschaftlich arbeitende Institution führen wir Studien zu verschiedenen Aspekten der Sportmedizin durch. Es werden z.B. EKG-Untersuchungen, Herzultraschalluntersuchungen oder Belastungswerte der Ergometrie alters-, gender- und sportartbezogen ausgewertet. Diese Auswertungen erfolgen immer anonymisiert, d.h. eine Rückverfolgung Ihrer personenbezogenen Daten ist ausgeschlossen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen, sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dadurch selbstverständlich ebenfalls gewahrt.

Wir bitten Sie diesen Untersuchungsbogen bei jedem Besuch in unserer Klinik erneut auszufüllen. Vielen Dank!

Persönliche Daten		Erziehungsberechtigter <small>(bei Jugendlichen unter 18 Jahren)</small>					
Name: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Name: <input style="width: 90%;" type="text"/>						
Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Vorname: <input style="width: 90%;" type="text"/>						
Geb.-Name: <input style="width: 90%;" type="text"/>							
Geb.-Datum: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <input style="width: 100px;" type="text"/>							Krankenkasse <input style="width: 100px;" type="text"/>
E-Mail: <input style="width: 90%;" type="text"/>	E-Mail: <input style="width: 90%;" type="text"/>						
Straße und Hausnr.: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Straße und Hausnr.: <input style="width: 90%;" type="text"/>						
PLZ/Ort: <input style="width: 90%;" type="text"/>	PLZ/Ort: <input style="width: 90%;" type="text"/>						
Telefon-Nr.: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Telefon-Nr.: <input style="width: 90%;" type="text"/>						
Beruf: <input style="width: 90%;" type="text"/>							
Hausarzt: <input style="width: 90%;" type="text"/>							

**Eigenanamnese**

Jetzige Beschwerden:

Vorerkrankungen im Bereich Innere Medizin:  

☐ Asthma☐ Allergie☐ Herz- Kreislauferkrankungen☐ Bluthochdruck☐ Diabetes

Weitere Vorerkrankungen und Operationen

Coronainfektion am:  Bestehen noch Beschwerden?

Vorerkrankungen/Verletzungen im Bereich Orthopädie:

- Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? .....
- Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? .....
- Sind Sie Raucher/in? Ja ☐ Nein ☐

## SONSTIGE ANAMNESE

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen     | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit              | <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Kurzatmigkeit unter Belastung | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung        |

In der Familie

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plötzlicher Herztod | <input type="checkbox"/> Sonstige schwere Erkrankungen |
|--|--|

## GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

Alter bei der ersten Periode:.....Jahre

Zeitpunkt der letzten Periode: vor ☐ Tagen ☐ Wochen ☐ Monaten

Ist die Menstruation regelmäßig?      Nein ☐      Ja ☐      alle ☐ Tage ☐ Wochen ☐ Monate

Verwenden Sie schwangerschaftsverhütende Mittel?      Nein ☐      Ja ☐ welche?.....

## SPORTANAMNESE

	OK	WK	PK	EK	NK1	NK2	LK	TSP
Sportart:.....Kaderzugehörigkeit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hauptsportdisziplin:.....Bei Laufsportarten 10 km-Zeit:.....Halbmarathon:.....Marathon:.....

Verein:.....Name des Trainers:.....

Treiben/trieben Sie regelmäßig Sport ?      Nein ☐      Ja ☐      Sportart:.....Von.....Bis.....

Geschieht dies wettkampfmäßig?      Nein ☐      Ja ☐      Sportart?.....Von.....Bis.....

Wie hoch ist der Trainingsumfang pro Woche?      Einheiten:.....      Stunden:.....

Wann war Ihre letzte sportliche Belastung?      ☐☐.☐☐.☐☐

In welcher Trainingsphase befinden Sie sich zurzeit?      Vorbereitung ☐      Wettkampf ☐      Übergang ☐      keine ☐

Lagen in den letzten 3 Monaten zusammenhängende Sportpausen vor?      Nein ☐      Ja ☐      Wie viele Tage? ☐☐

Wie viele Wochen? ☐☐

Aus welchen Gründen?

berufliche ☐      gesundheitliche ☐      Urlaub/Ferien ☐      sonstige ☐

.....  
Datum, Unterschrift