

# **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!

<b>Persönliche Daten</b>		<b>Erziehungsberechtigter</b> (bei Jugendlichen unter 18 Jahren)					
Name:		Name:					
Vorname:		Vorname:					
Geb.-Name:							
Geb.-Datum:		Krankenkasse					
E-Mail:							
Straße und Hausnr.:							
PLZ/Ort:							
Telefon-Nr.:							
Beruf:							
Hausarzt:							
<b>Eigenanamnese</b>							
Jetzige Beschwerden:							
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
Vorerkrankungen im Bereich Innere Medizin:							
O Asthma		O Allergie		O Herz- Kreislauferkrankungen		O Bluthochdruck	O Diabetes
Weitere Vorerkrankungen und Operationen							
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							
Coronainfektion am:	Bestehen noch Beschwerden?						
<hr/> <hr/>							
Vorerkrankungen/Verletzungen im Bereich Orthopädie:							
<hr/> <hr/> <hr/>							

- 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	
<b>In der Familie</b>		<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 :**

**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