



## ERHEBUNGSBOGEN

1 / 5

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung, Anamnese

Name

Vorname

Geb. Datum

### Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

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
Herz-Kreislauf-Risikofaktoren: Bluthochdruck, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung;	ja	nein

### Eigene gesundheitliche Angaben

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie? z.B. Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken,

andere

Traten länger wirkende Probleme / Komplikationen auf?

ja      nein

Welche:

Besteht bei Ihnen Impfschutz gegen: Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Tuberkulose? Gegen andere Krankheiten (z.B. FSME):

ja      nein

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:



## ERHEBUNGSBOGEN

2 / 5

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung, Anamnese

### Eigene gesundheitliche Angaben

Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen)? ja nein

Welche:

Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Sinnesorgane (z.B. Brille/Kontaktlinse, Ohren, Trommelfell, Nase) oder der Zähne? ja nein

Andere:

Nehmen Sie Medikamente<sup>2)</sup>, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein? [2) z.B.  $\beta$ -Rezeptoren-Blocker, Diuretika (harntreibende Medikamente), Kortison] ja nein

Welche:

Hatten Sie Operationen oder Krankenhausaufenthalte? ja nein

Was und wann:

Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gipsversorgung, schwere Verletzungen? ja nein

Was und wann:

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? ja nein

Bier Wein Schnaps Gläser pro Tag / Woche

Ernährungsgewohnheiten: Vollkost Vegetarisch Vegan

Andere



## ERHEBUNGSBOGEN

3 / 5

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung, Anamnese

### Eigene aktuelle oder frühere Beschwerden

Können Sie sich gut belasten, auch im Vergleich zu Ihren Sportkameraden?	ja	nein		
Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen schwereren Infekt/ Erkältung/Fieber?	ja	nein		
Fühlen Sie sich gesund?	ja	nein		
Haben Sie irgendwelche Beschwerden?				
Welche Beschwerden?	Schlafstörungen	Appetitmangel	Verstopfung	
	Atembeschwerden z.B.	Atemnot	Husten	Auswurf
Sonstiges				
Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken (Wirbelsäule)?	ja	nein		
Welche und wo:				
Bestehen / bestanden bei körperlicher Aktivität Unsicherheiten (z.B. Gleichgewichtsstörungen)?	ja	nein		
Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals / in letzter Zeit nachfolgend genannte Beschwerden? Bewusstlosigkeit, Ohnmachtszustände (Kollaps), Schwindel, Herzschmerzen/Enge im Brustkorbbereich, Brustschmerzen, ungewöhnliche Luftnot (bei Ruhe, bei Belastung), Herzstolpern/Herzaussetzer/Herzrasen, Magen-Darm-Beschwerden.	ja	nein		
Hatten Sie in letzter Zeit deutliche Gewichtsschwankungen (z.B. Gewichtsverlust > 2 kg)?	ja	nein		
Aktuelles Körpergewicht:	kg	höchstes / niedrigstes Körpergewicht:	/	kg

### Sonstiges

Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung? Datum

Welche bisher nicht aufgeführten ärztlichen oder krankengymnastischen Untersuchungen oder Vorsorgeuntersuchungen/ Behandlungen erfolgten in den letzten 2 Jahren bei Ihnen?



## ERHEBUNGSBOGEN

4 / 5

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung, Anamnese

### Für weibliche Sporttreibende

Regelmäßige Periode/Regelblutung? ja nein  
alle Tage Beginn der letzten Periode  
Nehmen Sie ein Antikonzeptivum / eine Antibabypille? ja nein  
Welche:  
Besteht eine Schwangerschaft? ja nein  
Anzahl bisheriger Geburten:

### Sportanamnese

Sind Sie jetzt sportlich aktiv? ja nein  
Sportart(en):  
pro Woche wie oft: wie viele Minuten:  
Sind Sie regelmäßig im Alltag körperlich aktiv? ja nein  
Art der Aktivitäten: z.B. Spaziergehen, Treppensteigen, Wandern, Gartenarbeit,  
Radfahren, Radwandern,  
(Nordic) Walking, Anderes:  
pro Woche wie oft: wie viele Minuten:  
Betreiben Sie regelmäßig: Fitnessstraining? ja nein  
Gymnastik? ja nein  
Gehen Sie ins Fitness-Studio? ja nein  
pro Woche wie oft: wie viele Minuten:  
Haben Sie längere Trainingspausen eingelegt? ja nein  
Waren Sie früher sportlich aktiv? ja nein  
Regelmäßig gelegentlich selten nie bis vor Jahren.  
Haben Sie ein Leistungssportliches Training betrieben? ja nein  
Sportart: Stunden pro Woche:  
Haben Sie an Wettkämpfen teilgenommen? Ende der Wettkampfphase ja nein  
Sportart: Leistungswerte (z.B. Bestzeit):



## ERHEBUNGSBOGEN

5 / 5

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung, Anamnese

Ich versichere, die Angaben zu meiner Krankheitsvorgeschichte nach bestem Wissen vollständig angegeben zu haben.

Datum

Unterschrift