

SPORTMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG

SPORTMEDIZINISCHER ANAMNESEBOGEN

Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung. Ich bin darüber informiert, dass diese Leistungen von meiner gesetzlichen Krankenkasse nicht erstattet werden dürfen und der oben genannte Betrag von mir selbst zu tragen ist. Die Liquidation für die Leistungen erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Name, Vorname, geb. am:

Ort, Datum: Unterschrift:
(ggf. Erziehungsberechtigte/r)

Persönliche Daten	Erziehungsberechtigter (bei Jugendlichen unter 18 Jahren)
Name: <input type="text"/>	Name: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	Straße: <input type="text"/>
Geb.-Name: <input type="text"/>	Ort: <input type="text"/>
Geb.-Datum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich
	<input type="checkbox"/> weiblich
Beruf: <input type="text"/>	Hausarzt
Straße: <input type="text"/>	Name: <input type="text"/>
PLZ / Ort: <input type="text"/>	Straße: <input type="text"/>
Telefon: <input type="text"/>	PLZ / Ort: <input type="text"/>

Eigenanamnese
Vorerkrankungen im Bereich der inneren Organe/Herz-Kreislauf: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Vorerkrankungen/Verletzungen im Bereich des Haltungs- u. Bewegungsapparates: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Allergien: <input type="text"/> <input type="text"/>
Anmerkungen des Arztes: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

- Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?
- Wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?
- Trinken Sie Alkohol / wieviel?

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE: (nur von Sportlerinnen auszufüllen)

Alter bei der 1. Periode: Jahre.

Ist die Menstruation regelmäßig? Ja , alle Tage, Nein

Zeitpunkt der letzten Periode: vorTagen , Wochen , Monaten

Verwenden Sie schwangerschaftsverhütende Mittel? Nein , Ja , Pille

Welche?, Spirale , Sonstiges

Zahl der Schwangerschaften:/ Zahl der Geburten:

Ist die Leistungsfähigkeit während der Menstruation herabgesetzt? Ja , Nein

Anmerkungen des Arztes:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....