



## 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): ..... **Ja / Nein**
- 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 Medikamente<sup>2)</sup>, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein? [?] z.B.  $\beta$ -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: .....

- 3.5. Bestehen / bestanden bei körperlicher Aktivität Unsicherheiten (z.B. Gleichgewichtsstörungen)? **Ja / Nein**
- 3.6. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals / in letzter Zeit nachfolgend genannte Beschwerden? **Ja / Nein**  
 Bewusstlosigkeit, Ohnmachtszustände (Kollaps), Schwindel, Herzschmerzen/Enge im Brustkorbbereich,  
 Brustschmerzen, ungewöhnliche Luftnot (bei Ruhe, bei Belastung), Herzstolpern/Herzaussetzer/Herzrasen,  
 Magen-Darm-Beschwerden.
- 3.7. Hatten Sie in letzter Zeit deutliche Gewichtsschwankungen (z.B. Gewichtsverlust > 2 kg)? **Ja / Nein**  
 Aktuelles Körpergewicht: ..... kg; höchstes / niedrigstes Körpergewicht: ..... / ..... kg

#### 4. Sonstiges:

- 4.1. Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung? Datum: .....
- 4.2. Welche bisher nicht aufgeführten ärztlichen oder krankengymnastischen Untersuchungen oder Vorsorge-  
 Untersuchungen/ Behandlungen erfolgten in den letzten 2 Jahren bei Ihnen?  
 .....

#### Für weibliche Sporttreibende:

- 4.3. Regelmäßige Periode/Regelblutung? **Ja / Nein**; alle ..... Tage; Beginn der letzten Periode: .....  
 Nehmen Sie ein Antikonzeptivum / eine Antibabypille? Welche: ..... **Ja / Nein**  
 Anzahl bisheriger Geburten: .....; Besteht eine Schwangerschaft? **Ja / Nein**

#### 5. Sportanamnese:

- 5.1. Sind Sie jetzt sportlich aktiv? **Ja / Nein**  
 Sportart(en): .....; pro Woche wie oft: ....., wie viele Minuten: .....
- 5.2. 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: .....
- 5.3. Betreiben Sie regelmäßig: Fitnesstraining? **Ja / Nein**; Gymnastik? **Ja / Nein**;  
 Gehen Sie ins Fitness-Studio? **Ja / Nein**; pro Woche wie oft: ....., wie viele Minuten: .....
- 5.4. Haben Sie längere Trainingspausen eingelegt? **Ja / Nein**
- 5.5. Waren Sie früher sportlich aktiv? **Ja / Nein**; Regelmäßig, gelegentlich, selten, nie; bis vor ..... Jahren.
- 5.6. Haben Sie ein Leistungssportliches Training betrieben? **Ja / Nein**  
 Sportart: ....., Stunden pro Woche: .....
- 5.7. Haben Sie an Wettkämpfen teilgenommen? Ende der Wettkampfphase: ..... **Ja / Nein**  
 Sportart: .....; Leistungswerte (z.B. Bestzeit): .....

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

Datum: .....

.....  
 Eigenhändige Unterschrift

#### **Ergänzende Angaben durch den Sportarzt:**

##### **Risikofaktoren:**

Nikotin: Packungsjahre ..... (1 Packungsjahr = 1 Jahr tgl. 1 Packung rauchen)

Adipositas: **Ja / Nein** Fettstoffwechselstörung: **Ja / Nein** Diabetes mellitus: **Ja / Nein**

Bewegungsmangel: **Ja / Nein** Bluthochdruck: **Ja / Nein** Familiäre Belastung: **Ja / Nein**

Weitere mögliche Risikofaktoren (z.B. Erhöhung des hsCRP): **Ja / Nein**

.....

.....

.....

.....

.....

.....