

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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> Krankenkasse									
Email: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Email: <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:
Operationen:
Vorerkrankungen/Verletzungen im Bereich Orthopädie:
Operationen:

- 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"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen | <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen | |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung von mind. 2 kg in den letzten 4 Wochen | <input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Krankheiten | |

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

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"/>
OK	WK	PK	EK	NK1	NK2	LK	TSPK

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

Wie haben Sie von uns erfahren?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trainer | <input type="checkbox"/> Vom Verein/Verband geschickt worden |
| <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> Presse <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Social Media | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |