



Name, Vorname					
PLZ / Ort					
Geboren am		Männlich	<input type="checkbox"/>	Weiblich	<input type="checkbox"/>
Seite 1 von 3				Ja	Nein
Zutreffendes unterstreichen, ergänzen und/oder ankreuzen					
1. Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern):				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 Plötzlicher Todesfall, besonders vor dem 65. Lebensjahr, Herzkrankheiten, Angina pectoris, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten (Beine, Halsgefäße), Schlaganfall (Hirnschlag), Eingriffe am Herzen (Herz-Operation, Ballondehnung, Stent, Herzschrittmacher), Angeborene Gefäßleiden (Marfan-Syndrom), gehäufte Thrombosen, Allergien					
1.2 Herzkreislauf-Risikofaktoren: Bluthochdruck, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eigene gesundheitliche Angaben:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1 Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht? Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, andere: ... ?					
2.2 Besteht bei Ihnen Impfschutz gegen: Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, andere (FSME)? Impfstoff-Allergien?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Sinnesorgane (z.B. Brille/Kontaktlinse, Ohren, Trommelfell, Nase) oder der Zähne?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein? Wenn ja, welche?: (insbesondere β -Rezeptoren-Blocker, Diuretika (harntreibende Medikamente), Kortison oder andere?)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Welche Operationen oder Krankenhausaufenthalte hatten Sie (was, wann?)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gipsversorgung, schwere Verletzungen (was, wann?)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht? Wenn ja, wie viel, wie lange, wie viele Packungen pro Tag? Trinken Sie regelmäßig Alkohol?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwurf	Geprüft	Revision vom: 21.5.2010
Erstellt von: M. Fritz	Von: C. Graf	Freigegeben von: C. Graf
Erstellt am: 23.7.2009	Am: 25.5.2010	Freigabe: siehe Prüfdatum



Name, Vorname			
Seite 2 von 3		Ja	Nein
Zutreffendes unterstreichen, ergänzen und/oder ankreuzen			
3. Eigene aktuelle oder frühere Beschwerden:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals folgende Beschwerden: Bewusstlosigkeit, Ohnmachtszustände (Kollaps), Schwindel, Brustschmerzen, Luftnot (Ruhe, Belastung) Herzstolpern/Herzaussetzer oder Herzrasen, Magen-Darm- Beschwerden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken (Wirbelsäule)? Wenn ja wo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Können Sie sich gut belasten, auch im Vergleich zu Ihren Sportkameraden/innen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Bestehen oder bestanden bei körperlicher Aktivität Unsicherheiten (z.B. Gleichgewichtsstörungen)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen schwereren Infekt/Erkältung/Fieber?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6. Hatten Sie in letzter Zeit deutliche Gewichtsschwankungen? Höchstes / niedrigstes Körpergewicht (kg)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sonstiges:			
4.1. Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung?			
4.2. Welche bisher nicht aufgeführten ärztlichen oder krankengymnastischen Untersuchungen oder Vorsorge-Untersuchungen/ Behandlungen erfolgten in den letzten 2 Jahren?			
Für weiblich Sporttreibende :			
4.3. Wann begann die letzte Regelblutung/Periode (Tag/Monat/Jahr):?			
Alter bei 1. Regelblutung:? Regelmäßige Periode ja/nein? alle Tage			
Nehmen Sie ein Antikonzeptivum ein (Antibabypille)? Wenn ja, welche?			
Anzahl bisheriger Geburten			
Sind Sie schwanger ja/nein?			
5. Sportanamnese:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie früher sportlich aktiv? Regelmäßig, gelegentlich, selten, nie? Bis vorJahren.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein sportliches /leistungssportliches Training betrieben? Sportart? Stunden pro Woche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie an Wettkämpfen teilgenommen? Wenn ja, welche , und welche Bestzeiten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie jetzt sportlich aktiv? Wie oft pro Woche :.....xMinuten.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie regelmäßig im Alltag körperlich aktiv? z.B.: Spazierengehen, Treppensteigen, Wandern, Gartenarbeit, Radwandern, Walking? Nordic-Walking? Wie oft pro Woche?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betreiben Sie: regelmäßiges Fitnesstraining? Regelmäßige Gymnastik? Gehen Sie ins Fitness-Studio?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie längere Trainingspausen eingelegt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwurf	Geprüft	Revision vom: 21.5.2010
Erstellt von: M. Fritz	Von: C. Graf	Freigegeben von: C. Graf
Erstellt am: 23.7.2009	Am: 25.5.2010	Freigabe: siehe Prüfdatum



Name, Vorname			
Seite 3 von 3		Ja	Nein
Zutreffendes unterstreichen, ergänzen und/oder ankreuzen			
Risikofaktoren:			
Nikotin : Packungsjahre: (1 Packungsjahr; wenn jemand 1 Jahr tägl. 1 Packung raucht.)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adipositas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettstoffwechselstörung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsmangel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familiäre Belastung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere mögliche Risikofaktoren: z.B. Erhöhung des CRP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterschrift des Sportlers:			
Ergänzungen zur standardisierten Anamnese durch den Arzt:			
Unterschrift des Untersuchers:			

Entwurf	Geprüft	Revision vom: 21.5.2010
Erstellt von: M. Fritz	Von: C. Graf	Freigegeben von: C. Graf
Erstellt am: 23.7.2009	Am: 25.5.2010	Freigabe: siehe Prüfdatum