

# Sportärztlicher Anamnesebogen

Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

Einwilligungserklärung dabei? Ja  Nein  Impfpass dabei? Ja  Nein

## Persönliche Daten

Vorname, Name \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Tel. Nummer für evtl. Rückfragen \_\_\_\_\_

Wurde schon mal eine sportmedizinische Untersuchung durchgeführt? Ja  Nein

Bei Vorerkrankungen oder Verletzungen: relevante Befunde / Arztbriefe nach Möglichkeit bitte mitbringen.

Hauptdisziplin \_\_\_\_\_

Hauptsportart \_\_\_\_\_

## Trainingsinhalte

\_\_\_\_\_

Anzahl Trainingsjahre in Hauptsportart \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trainingseinheiten pro Woche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Trainingsstunden pro Woche \_\_\_\_\_

## ALLGEMEINE MEDIZINISCHE FRAGEN

1. Sind bei dir Allergien bekannt?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
2. Hat jemals jemand gesagt du hättest Asthma?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
3. Fühlst du dich beim / nach dem Training kurzatmiger als andere aus der Trainingsgruppe?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
4. Bist du schon mal operiert worden?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
5. Musstest du schon mal im Krankenhaus übernachten?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
6. Trägst du eine Brille?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
7. Hattest du schon mal Leistenschmerzen?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
8. Hattest du schon mal Schmerzen oder Gedächtnisprobleme nach einem Sturz / Schlag auf den Kopf?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
9. Bist du schon einmal durch Training bei Hitze krank geworden?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
10. Bist du mit deinem Gewicht unzufrieden?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
11. Versuchst du oder hat dir jemand empfohlen abzunehmen oder zuzunehmen?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
12. Hältst du eine spezielle Diät oder vermeidest du bestimmte Lebensmittel?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
13. Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
14. Nimmst du regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel z.B. Eiweißshakes, Vitamine, Magnesium zu dir?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>
15. Hast du im Moment oder regelmäßig nach dem Training Schmerzen oder andere Beschwerden?	J <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>

16. Hast du Fragen, die du mit dem Arzt / der Ärztin besprechen möchtest?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
---	----------------------------	----------------------------

### HERZGESUNDHEIT

17. Bist du schon einmal ohnmächtig geworden?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
18. Hattest du schon einmal Schmerzen, Engegefühl oder Druck in der Brust?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
19. Hattest du schon mal in Ruhe Herzrasen oder Herzstolpern??	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
20. Wurde dein Herz schon einmal untersucht (z.B. mittels EKG oder Herz-Echo)?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

### KNOCHEN UND GELENKE

21. Hattest du jemals eine Verletzung nach der du länger als eine Woche nicht trainieren konntest?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
22. Hattest du schon mal Physiotherapie?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
23. Wurdest du schon mal geröntgt oder wurde ein CT oder ein MRT durchgeführt?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

### FRAGEN ZU DEINER FAMILIE

24. Ist ein Familienmitglied oder Verwandter von dir vor dem 35. Lebensjahr plötzlich verstorben?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
25. Hat jemand in deiner Familie vor dem 35. Lebensjahr einen Herzschrittmacher bekommen?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
26. Gibt es jemanden mit Marfan-Syndrom in deiner Familie?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
27. Gibt es Familienmitglieder die aus medizinischen Gründen keinen Sport betreiben sollen?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

### FRAGEN AN MÄDCHEN

28. Hattest du schon einmal deine Periode?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
29. Wenn ja, wie alt warst du?		
30. Wie viele Perioden hattest du ungefähr in den letzten 12 Monaten?		
31. Kannst du während der Periode normal weiter trainieren?	J <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>

Hier oder auf der Rückseite können „Ja“ Antworten genauer erklärt werden.

-----  
Unterschrift Sportler:in

-----  
Unterschrift Erziehungsberechtigte:r