



Erhebungsbogen Anamnese Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung:

Name: ..... Geburtsdatum: .....

---

**PATIENTENANGABEN: (ANAMNESE)**

**1. Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern):**

(Zutreffendes bitte jeweils unterstreichen)

- 1.1 Plötzlicher Todesfall, bes. vor dem 65 Lebensjahr, Herzkrankheiten, Angina pectoris, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten (Beine, Halsgefäße), Schlaganfall (Hirnschlag), Eingriffe am Herzen - Herz-Operation, Ballondehnung, Herzschrittmacher), Angeborene Gefäßleiden (Marfan-Syndrom), gehäufte Thrombosen , Allergien
- 1.2 Herzkreislauf-Risikofaktoren: Bluthochdruck, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung

**2. Eigene gesundheitliche Angaben:**

(Zutreffendes bitte jeweils unterstreichen)

- 2.1. Traten bei Kinderkrankheiten länger wirkende Probleme / Komplikationen auf? Ja / Nein  
 Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, andere: ... ?
- 2.2. Besteht bei Ihnen Impfschutz – ja - gegen: Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, andere (FSME)?
- 2.3. Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Erkrankungen, wie z.B. Herzkrankheit (Herzinfarkt, schwere Rhythmusstörungen),Thrombosen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung (erhöhtes Cholesterin), Lungenerkrankung (z.B. Asthma), neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie), Migräne, Schilddrüsenerkrankung, chronische Darmerkrankung, orthopädische Erkrankungen (z.B. Rheuma) oder eine körperliche Behinderung? Ja / Nein
- 2.4. Leiden Sie an Allergien (z.B. Heuschnupfen) Ja / Nein
- 2.5. Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Sinnesorgane (z.B. Brille/Kontaktlinse, Ohren, Trommelfell, Nase) oder der Zähne? Ja / Nein
- 2.6. Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein? Ja / Nein  
 Wenn ja, welche? -  $\beta$ -Rezeptoren-Blocker, Diuretika (harntreibende Medikamente), Kortison  
 andere: .....
- 2.7. Hatten Sie Operationen oder Krankenhausaufenthalte? Ja / Nein  
 (was, wann?) .....
- 2.8. Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gipsversorgung, schwere Verletzungen Ja / Nein  
 (was, wann?) .....
- 2.9. Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht? Ja / Nein  
 Wenn ja, wie viel, wie lange, wie viel Packungen pro Tag ? .....  
 Trinken Sie regelmässig Alkohol? Ja / Nein  
 Was / Wieviel? .....
- 2.10. Ernährungsgewohnheiten  
 Vollkost..... Vegetarisch: ... vegan:.....

### 3. Eigene aktuelle oder frühere Beschwerden:

(Zutreffendes bitte jeweils unterstreichen)

- 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 Monaten einen schwereren Infekt/  
Erkältung/Fieber? Ja / Nein
- 3.3. Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken (Wirbelsäule)? Ja / Nein  
Wenn ja - wo ? .....
- 3.4. Bestehen oder bestanden bei körperlicher Aktivität Unsicherheiten (z.B. Gleichgewichtsstörungen)?  
Ja / Nein
- 3.5. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals folgende Beschwerden: Ja / Nein  
Bewusstlosigkeit, Ohnmachtszustände (Kollaps), Schwindel, Brustschmerzen, Luftnot  
(bei Ruhe, Belastung), Herzstolpern/Herzaussetzer/Herzrasen, Magen-Darm-Beschwerden?
- 3.6. Hatten Sie in letzter Zeit deutliche Gewichtsschwankungen ? Ja / Nein  
Aktuelles Körpergewicht in kg .....; Höchstes / niedrigstes Körpergewicht ( kg ) ?

### 4. Sonstiges:

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

### Für weiblich Sporttreibende :

- 4.3. Regelmäßige Periode Ja / Nein, alle ..... Tage  
Nehmen Sie ein Antikonzeptivum ein (Antibabypille)? Ja / Nein  
Anzahl bisheriger Geburten .....  
Sind Sie schwanger ? Ja / Nein

### 5. Sportanamnese:

- 5.1. Sind Sie jetzt sportlich aktiv? Ja / Nein  
Wie oft pro Woche :..... , .....Minuten.
- 5.2. Sind Sie regelmässig im Alltag körperlich aktiv? z.B.: Spazierengehen, Treppensteigen,  
Wandern, Gartenarbeit, Radwandern, Walking ? Ja / Nein  
Wie oft pro Woche .....?
- 5.3. Betreiben Sie regelmässiges Fitnessstraining? Ja / Nein  
regelmäßige Gymnastik ? Ja / Nein
- 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? Ja / Nein  
Wenn ja, welche ....., welche Bestzeiten .....

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

Datum: .....

.....  
Eigenhändige Unterschrift

Ergänzende Angaben durch den Sportarzt  
.....