PRAXIS KÖLN NIPPES
Hausärztlich-Internistische Medizin Dr. med. Tim Knoop

Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) e.V.

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): ……..……

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[2]), Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein? [[2]) z.B. ß-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. Spazierengehen, 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**

……..……..……

……

……

……

……

……