

Kooperationspartner:

RAUPENNEST



Olympiastützpunkt
Chemnitz | Dresden

JOHANNESBAD

Erhebungsbogen sportärztliche Vorsorgeuntersuchung/Anamnese

(inkl. Ergänzungen zur S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) e.V.)

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Patientenangaben (Anamnese):

Bitte schildern Sie hier Ihre aktuellen Beschwerden, auf die nach der Untersuchung im Arztgespräch gesondert eingegangen werden soll.

Welches sind Ihre sportlichen oder auch gesundheitlichen Ziele und auf welchen Gebieten benötigen Sie eine ausführliche Beratung?

Wurde in der Vergangenheit bei Ihnen ein Ruhe-EKG/Belastungs-EKG/Echokardiografien (Ultraschall vom Herzen) durchgeführt? Wenn ja, warum? (bitte alle Vorbefunde dazu mitbringen)

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 Medikamente²⁾, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein?

[²⁾ z.B. β -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?

Bier, Wein, Schnaps

_____ Gläser pro Tag/Woche

Ja / **Nein**

2.10. Ernährungsgewohnheiten: Vollkost, Vegetarisch, Vegan

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?

Schlafstörungen, Appetitmangel, Verstopfung, Atembeschwerden; z.B. Atemnot, Husten, Auswurf

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, Ohnmachtzustände (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 Vorsorgeuntersuchungen/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. Spaziergehen, 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): _____

Bitte bringen Sie, wenn möglich, alle medizinischen Vorbefunde, insbesondere bei Herz-Voruntersuchungen, zur sportmedizinischen Vorsorge in das Johannesbad Raupennest mit. Auch bereits vorhandene Röntgen-, MRT- und CT-Untersuchungen auf CD (falls bereits durchgeführt) helfen uns, genauere Diagnosen stellen und spezifische Handlungsempfehlungen geben zu können.

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

Datum

eigenhändige Unterschrift

