



Befragungsbogen zur sportärztlichen Untersuchung (Anamnese)

Sehr geehrte Sportlerin, sehr geehrter Sportler, sehr geehrte Eltern!

Bitte lesen Sie diesen Fragebogen nach Erhalt durch und füllen Sie ihn möglichst genau aus! Ihre Antworten sollen dem Arzt ein Bild über den jeweiligen Gesundheitszustand vermitteln. Sie helfen uns damit, die sportmedizinische Betreuung zu optimieren. Geben Sie dem Sportler den ausgefüllten Bogen zur Untersuchung mit.

Rückfragen können Sie auch gerne telefonisch an uns richten (02151/452-287). Vielen Dank.

1. Persönliche Angaben:

Nachname:

Vorname:

Anschrift:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Telefonnr.:

Hausarzt:

Beruf:

Größe:

Gewicht:

2. Sport

Sportart:

Verein, Team:

Seit wann betrieben:

Training/Woche (h):

andere Sportarten:

3. Aktuelle Behandlung

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Behandlungsgrund:

4. Bei Kindern:

Wurde das Kind zu früh geboren? ja nein

Kinderkrankheiten:

Besonderheiten bei Impfungen? ja nein

Bewegungs-/ Koordinationsstörungen? ja nein

5. Krankengeschichte:

Nehmen Sie Medikamente? ja nein

Welche?

Frühere Operationen? ja nein

Welche?

Wann?

Bisherige Sportverletzungen? ja nein

Welche?

Gab es sonstige Probleme im Bereich des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)?

ja nein

Welche?

Sportärztlichen Fragebogen (Seite 2)



Malteser

... weil Nähe zählt.

5. Krankengeschichte (Fortsetzung):

Tragen Sie orthopädische Hilfsmittel (Bandagen, Tapes, Orthesen)? ja nein

Welche?

Leiden Sie an Unverträglichkeiten gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente, oder haben Sie andere Allergien? ja nein

Welche?

Augenbeschwerden (grüner Star, trockene Bindehaut, Brillenträger) ja nein

Neurologische Beschwerden (Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression) ja nein

Blutungsneigung (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen) ja nein

Chronische Schmerzen? ja nein

Wo?
Seit wann?

Andere ungenannte Krankheiten? ja nein
Welche?

6. Krankheiten:

Wissen Sie ob Sie an einer der folgenden Krankheiten litten oder aktuell leiden?

Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzündung, Herzjagen, Stolperherz) ja nein

Kreislaufbeschwerden (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung) ja nein

Durchblutungsstörungen (Krampfadern, Thrombosen) ja nein

Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzündung, Staublunge, Rippenfellentzündung) ja nein

Leberbeschwerden (Gelbsucht, Hepatitis, Fettleber, Leberverhärtung, Zirrhose) ja nein

Nierenbeschwerden (Nierensteine, Entzündung) ja nein

Stoffwechselerkrankungen (Zucker, Gicht, Schilddrüse, Fettstoffwechsel) ja nein

Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne? ja nein

7. Lebensgewohnheiten:

Rauchen Sie? ja nein
Wieviel? /
Seit wann nicht?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
Wieviel?

Nehmen Sie regelmäßig Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel? ja nein
Welche?
Wieviel?

Ort, Datum:

Unterschrift: _____