

Anamnesebogen

Untersuchungsdatum:

Name:

Adresse:

Telefon / Fax / Mobil / e-mail:/...../...../.....

Sozialversicherungs-Nr./Geb.-Datum: ____ / ____ / ____ Krankenkasse:

Beruf:..... Hausarzt:

Sportart: Verein:

Fragen zu Ihrer Gesundheit**Was ist der Grund für diese Untersuchung?**

.....

Hatten Sie in letzter Zeit körperliche**Beschwerden?** JA NEIN**Hatten Sie Spitalsaufenthalte?** JA NEIN**Hatten Sie jemals eine Operation?** JA NEIN**Hatten Sie bei körperlicher Belastung jemals eines der folgenden Symptome:**Bewusstlosigkeit JA NEINSchwindel? JA NEINSchmerzen in der Brust? JA NEINUngewöhnlich starke Atemnot? JA NEINExtraschläge/Herzrasen? JA NEIN**Ist bei Ihnen jemals ein Herzgeräusch festgestellt worden?** JA NEIN**Ist jemand in Ihrer Blutsverwandtschaft vor dem****40. Lebensjahr verstorben?** JA NEIN**Hatten Sie jemals eine Kopfverletzung?** JA NEIN**Bewusstlosigkeit nach Sturz/Unfall?** JA NEIN**Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall?** JA NEIN**Haben oder hatten Sie jemals Krankheiten an folgenden Organen? Zutreffendes bitte ankreuzen.****Wenn Ja, welche?**

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
 - Ich bin wegen Diabetes in Behandlung
- Hoher Blutdruck (höher als 135/85 mmHg)
 - Ich bin wegen Bluthochdruck in Behandlung

- Herz (Rhythmusstörungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklappen, etc)
- Kopf/Gehirn (häufig Kopfschmerzen, Migräne etc.)
- Atemwege, Lunge (auch Asthma)
- Schilddrüse
- Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse)
- Gelenke (auch Rheuma)
- Niere/Harnwege/Geschlechtsorgane
- Psyche
- Sonstige:.....

Hatten Sie jemals schwere Verletzungen (Knochenbrüche, Verrenkungen, Operationen)? Zutreffendes bitte ankreuzen.

- Kopf, Hals, Schultergürtel (inkl. Schlüsselbeine)
- Hände, Handgelenke, Ellbogen
- Ober-/Unterarmen
- Wirbelsäule, Rippen, Rücken, Brust
- Hüfte, Leiste, Becken
- Ober-/ Unterschenkel, Knöchel, Knie, Fuß

Verwenden Sie spezielle Schuheinlagen oder orthopädische Hilfsmittel? JA NEIN**Haben Sie eine Allergie?** JA NEINWenn JA: wogegen
welche Beschwerden?**Rauchen Sie?**

- NOCH NIE
- FRÜHER: seit wann nicht mehr?.....
- JA: wieviel?, seit wann?.....
- Möchten Sie aufhören?

Wieviele „Drinks“ im Schnitt/Woche (1 Drink: ¼ Bier, ½ Wein, 20 ml Schnaps)?

.....

Essen Sie eine spezielle Diät (z.B. Vegetarisch, Makrobiotisch, Trennkost,...)? JA NEIN

Wenn Ja, welche?

Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden? JA NEIN

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? JA NEIN

Wenn JA, welche?

.....
.....
.....
.....

Fragen zu Ihrer Gesundheit

FÜR FRAUEN:

- Nehmen Sie die Pille? JA NEIN
- Ist Ihre Regelblutung unregelmäßig? JA NEIN
- Sind Sie derzeit schwanger? JA NEIN
- Hatten Sie bereits Schwangerschaften? JA NEIN

Zu den Fragen, die Sie mit JA beantwortet haben, machen Sie hier bitte genauere Angaben:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

KINDERKRANKHEITEN:

Welche der folgenden Kinderkrankheiten haben Sie Ihres Wissens nach gehabt?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Feuchtblattern |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

FAMILIENANAMNESE:

Sind in Ihrer Blutsverwandtschaft (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen vorgekommen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> plötzlicher Herztod |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> hoher Cholesterinspiegel |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Krebs |

Welche weiteren Fragen hätten Sie nach dieser Untersuchung gerne beantwortet?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DATEN DER LETZTEN IMPFUNGEN: (JAHR)

Tetanus : weiß nicht bin nicht geimpft

FSME (Zecken): weiß nicht bin nicht geimpft

Kinderlähmung: weiß nicht bin nicht geimpft



Fragen zu Ihrer körperlichen Aktivität bzw. zu Ihrem Training

Sind Sie mit Ihrer Leistungsfähigkeit zufrieden?

- JA NEIN, nicht ganz NEIN, gar nicht

Betreiben Sie regelmäßig Sport?

- JA, ganzjährig, insgesamt Stunden pro Woche (durchschnittlich)

Seit wann?

- NEIN, eher selten oder nie
 unterschiedlich, je nach Jahreszeit:.....

bitte genauere Angaben (was, wie oft):

.....

- erst seitMonaten/.....Jahren
 bisher noch gar nicht

1. Sind Sie in Ihrem Beruf/Hobby körperlich aktiv?

- JA, regelmäßig JA, gelegentlich NEIN

2. Haben Sie sich gestern oder vorgestern sehr angestrengt (Wettkampf, hartes Training, etc)? JA NEIN

3. Betreiben Sie Ausdauertraining (laufen, Rad fahren, ...)?

- JA NEIN

Welches?

4. Betreiben Sie Krafttraining (Hanteln, Kraftmaschinen, Gymnastik?)

- JA NEIN

Welches?

5. Kennen Sie Ihre

- Ruhe-Herzfrequenz/min weiß ich nicht
 Trainingsherzfrequenz/min weiß ich nicht
 Maximale Herzfrequenz/min weiß ich nicht

6. Was ist Ihr Trainingsziel?

- Wettkampfleistungen verbessern
 aktiv bleiben
 allgemeine Leistungsfähig verbessern
 körperliches Training wurde für die Gesundheit empfohlen