

**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, ¼ 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?

- Masern  Mumps
- Röteln  Scharlach
- Keuchhusten  Feuchtblattern
- Diphtherie  weiß nicht

**FAMILIENANAMNESE:**

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

- Herzkrankheiten  plötzlicher Herztod
- Hoher Blutdruck  Schlaganfall
- Zuckerkrankheit  hoher Cholesterinspiegel
- Allergien  Krebs

**Welche weiteren Fragen hätten Sie nach dieser Untersuchung gerne beantwortet?**

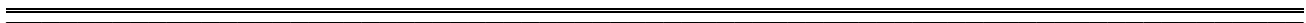
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**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 seit .....Monaten/.....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