

Befragungsbogen zur sport- ärztlichen Untersuchung (Anamnese)

Helios St. Josefhospital Uerdingen

Abteilung für Sportmedizin

Kurfürstenstraße 69 | 47829 Krefeld
sportmedizin.uerdingen@helios-gesundheit.de

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 je-
weiligen Gesundheitszustand vermitteln. Sie helfen

uns damit, die sportmedizinische Betreuung zu optimie-
ren. Geben Sie dem Sportler den ausgefüllten Bogen zur
Untersuchung mit.

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

Vielen Dank.

1. Persönliche Angaben

Nachname:

Vorname:

Anschrift:

Krankenkasse:

Geburtsdatum:

Telefon:

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?

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?

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

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?

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

Ausdrucken