

## Persönliche Daten

Vorname		Nachname	
Adresse			
Geburtsdatum			
Telefon		Mobil	
e-mail			
Größe	cm	Gewicht	kg

### 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? Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, Andere: \_\_\_\_\_  
 Traten länger wirkende Probleme / Komplikationen auf?  Ja  Nein  
 Welche: \_\_\_\_\_
- 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?  Ja  Nein  
Andere: \_\_\_\_\_

2.6. Nehmen Sie Medikamente<sup>2)</sup>, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde  
Substanzen oder Drogen ein? [?] z. B.  $\beta$ -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  
Wenn ja, wie lange: \_\_\_\_\_, wie viele Zigaretten 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? \_\_\_\_\_

4.2. Welche bisher nicht aufgeführten ärztlichen oder krankengymnastischen Untersuchungen oder Vorsorge-Untersuchungen / Behandlungen erfolgten in den letzten 3 Jahren bei Ihnen?

\_\_\_\_\_

## Für weibliche Sporttreibende:

4.3. Regelmäßige Periode/Regelblutung?

Ja  Nein

Wenn 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. Spazierengehen, 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): \_\_\_\_\_

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

---

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in

### Ergänzende Angaben durch den Sportarzt:

Risikofaktoren:

Nikotin: Packungsjahre \_\_\_\_\_ [1 Packungsjahr = 1 Jahr tgl. 1 Packung rauchen]

Adipositas:  Ja  Nein

Nein Fettstoffwechselstörung:  Ja  Nein

Diabetes mellitus:  Ja  Nein

Bewegungsmangel:  Ja  Nein

Bluthochdruck:  Ja  Nein

Familiäre Belastung:  Ja  Nein

Weitere mögliche Risikofaktoren (z. B. Erhöhung des hsCRP):  Ja  Nein

---

---

---

---