



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 Medikamente²⁾, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde
 Substanzen oder Drogen ein? [?] z. B. β -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, Ohnmachtszustände (Kollaps), Schwindel, Herzschmerzen/Enge im
 Brustkorbereich, 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. Spaziergehen, Treppensteigen, Wandern, Gartenarbeit,
 Radfahren, Radwandern, (Nordic) Walking, Anderes: _____
 pro Woche wie oft: _____ wie viele Minuten: _____

5.3. Betreiben Sie regelmäßig: Ja Nein
 Fitnessstraining? 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

