

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung

Fragen an die/den Sportler/in S. 1

Interistische
Gemeinschaftspraxis
Pulheim



Kardiologie
Pulheim

Wir sind Mitglied
im Sportärztebund
Nordrhein e.V.



Name, Vorname

Männlich

PLZ / Ort

Weiblich

Geboren am

1. Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern):

Ja Nein

1.1 Plötzlicher Todesfall, bes. vor dem 65 Lebensjahr, Herzkrankheiten, Angina pectoris, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten (Beine, Halsgefäße), Schlaganfall (Hirnschlag), Eingriffe am Herzen (Herz-Operation, Ballondehnung, Herzschrittmacher), Angeborene Gefäßleiden (Marfan-Syndrom), gehäufte Thrombosen, Allergien

1.2 Herzkreislauf-Risikofaktoren: Bluthochdruck, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung, Adipositas, familiäre Disposition

Ja Nein

2. Eigene gesundheitliche Angaben:

Ja Nein

2.1 Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht? Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, andere: ... ?

2.2 Besteht bei Ihnen Impfschutz gegen: Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, andere (FSME)? Impfstoff-Allergien?

Ja Nein

2.3 Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Sinnesorgane z.B. Ohren, Trommelfell, Nase oder der Zähne? Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?

Ja Nein

2.4 Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein? Wenn ja, welche? insbesondere β -Rezeptoren-Blocker, Diuretika (harntreibende Medikamente), Kortison oder andere? Bitte benennen!

Ja Nein

2.6 Welche Operationen oder Krankenhausaufenthalte hatten Sie (was, wann?)

Ja Nein

2.7 Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gipsversorgung, schwere Verletzungen (was, wann?)

Ja Nein

2.8 Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht? Wenn ja, wie viel, wie lange, wie viele Packungen pro Tag?

Ja Nein

2.9 Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Falls ja, wieviel?

Ja Nein

3. Eigene aktuelle oder frühere Beschwerden:

Ja Nein

3.1 Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals folgende Beschwerden: Bewusstlosigkeit, Ohnmachtszustände (Kollaps), Schwindel, Brustschmerzen, Luftnot (Ruhe, Belastung) Herzstolpern/Herzaussetzer oder Herzrasen, Magen-Darm-Beschwerden?

3.2 Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken (Wirbelsäule)? Wenn ja wo?

Ja Nein

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung

Fragen an die/den Sportler/in S. 2

Internistische
Gemeinschaftspraxis
Pulheim



Kardiologie
Pulheim

Wir sind Mitglied
im Sportärztebund
Nordrhein e.V.



Name, Vorname

3.3 Können Sie sich gut belasten, auch im Vergleich zu Ihren Sportkameraden/innen?

Ja Nein

3.4 Bestehen oder bestanden bei körperlicher Aktivität Unsicherheiten (z.B. Gleichgewichtsstörungen)?

Ja Nein

3.5 Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen schwereren Infekt/Erkältung/Fieber?

Ja Nein

3.6 Hatten Sie in letzter Zeit deutliche Gewichtsschwankungen?

Ja Nein

Höchstes / niedrigstes Körpergewicht (kg)?

Haben Sie ungewollt Gewicht verloren? Falls ja – wieviel?

Ja Nein

Haben Sie bewusst abgenommen? Falls ja – wieviel?

Ja Nein

4. Sonstiges:

Ja Nein

4.1 Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung?

4.2 Welche bisher nicht aufgeführten ärztlichen oder krankengymnastischen Untersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen oder Behandlungen erfolgten in den letzten 2 Jahren?

Ja Nein

4.3 Für weiblich Sporttreibende :

Ja Nein

Wann begann die letzte Regelblutung/Periode (Tag/Monat/Jahr):

Alter bei 1. Regelblutung: Regelmäßige Periode ja/nein? alle Tage

Ja Nein

Nehmen Sie ein Antikonzeptivum ein (Antibabypille)? Wenn ja, welche:

Ja Nein

Anzahl bisheriger Geburten

Ja Nein

Sind Sie schwanger

Ja Nein

5. Aktivitäten in Alltag, Beruf und Sport:

Ja Nein

Waren Sie früher sportlich aktiv? Bis vor wie viel Jahren:

Regelmäßig gelegentlich selten nie

Sportart:

Sportart:

Sportart:

Wie gestaltet sich Ihre berufliche Tätigkeit hauptsächlich?

Ausschließlich sitzend (z.B. Bürotätigkeit, ...) Überwiegend sitzend
(z.B. Kraftfahrer, Laborant, ...)

Mäßige Bewegung (z.B. Hausfrau, Verkäufer, ...) Intensive Bewegung
(z.B. Fensterputzer, Postzusteller ...)

An wie vielen Tagen pro Woche gehen Sie aktuell in Ihrem Alltag zu Fuß oder fahren mit dem Rad, um von einem Ort zum anderen zu gelangen (inkl. Ihres Arbeitsweges)? Tage pro Woche, für etwa Minuten

An wie vielen Tagen pro Woche verrichten Sie aktuell körperliche Aktivitäten wie das Tragen von Lasten oder Arbeiten im Haus, Hof oder Garten und ähnliches? Tage pro Woche, für etwa Minuten

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung

Fragen an die/den Sportler/in S. 3

Interistische
Gemeinschaftspraxis
Pulheim



Kardiologie
Pulheim

Wir sind Mitglied
im Sportärztebund
Nordrhein e.V.



Name, Vorname

Welche Sportart(en) betreiben Sie aktuell regelmäßig, d.h. mindestens einmal pro Woche?

Wie oft pro Woche für wie viele Minuten pro Mal?

Sportart: in der Woche mal für Minuten pro Mal

Sportart: in der Woche mal für Minuten pro Mal

Sportart: in der Woche mal für Minuten pro Mal

Welche Sportart(en) betreiben Sie zusätzlich, d.h. weniger als zwei- bis dreimal Mal im Monat?

Wie oft pro Monat für wie viele Minuten pro Mal?

Sportart: in der Woche mal für Minuten pro Mal

Sportart: in der Woche mal für Minuten pro Mal

Sportart: in der Woche mal für Minuten pro Mal

Haben Sie an Wettkämpfen teilgenommen? Wenn ja, welche:

Ja Nein

und welche Bestzeiten?

Haben Sie längere Trainingspausen eingelegt? Falls ja, warum und wie lange?

Ja Nein

Risikofaktoren:

Nikotin : Packungsjahre: (1 Packungsjahr; wenn jemand 1 Jahr tägl. 1 Packung raucht.)

seit
Ja Nein

Adipositas

Ja Nein

Fettstoffwechselstörung

Ja Nein

Diabetes mellitus Typ 1

Ja Nein

Diabetes mellitus Typ 2:

Ja Nein

Bewegungsmangel

Ja Nein

Bluthochdruck

Ja Nein

familiäre Disposition

Ja Nein

Weitere mögliche Risikofaktoren: z.B. Erhöhung des CRP

Ja Nein

Unterschrift der/des Sportlers/Sportlerin:

Ergänzende standardisierte Anamnese durch die/den Ärztin/Arzt: