



Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung

Fragen an die/den Sportler/in

Seite 1

Name, Vorname					
PLZ / Ort					
Geboren am		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zutreffendes unterstreichen, ergänzen und/oder ankreuzen					
1. Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern):					
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		Ja		Nein	
1.2 HerzKreislauf-Risikofaktoren: Bluthochdruck, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung, Adipositas, familiäre Disposition		Ja		Nein	
2. Eigene gesundheitliche Angaben:					
2.1 Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht? Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken, andere: ... ?		Ja		Nein	
2.2 Besteht bei Ihnen Impfschutz gegen: Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, andere (FSME)? Impfstoff-Allergien?		Ja		Nein	
2.4 Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Sinnesorgane z.B. Ohren, Trommelfell, Nase oder der Zähne? Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen?		Ja		Nein	
2.5 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	
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Falls ja, wieviel?		Ja		Nein	
3. Eigene aktuelle oder frühere Beschwerden:					
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?		Ja		Nein	
3.2 Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken (Wirbelsäule)? Wenn ja wo?		Ja		Nein	
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	



Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung

Fragen an die/den Sportler/in

Seite 2

Name, Vorname

Zutreffendes unterstreichen, ergänzen und/oder ankreuzen

4. Sonstiges:

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?

4.3 Für weiblich Sporttreibende :

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

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

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

Anzahl bisheriger Geburten

Sind Sie schwanger ja/nein?

5. Aktivitäten in Alltag, Beruf und Sport:

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 etwaMinuten

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 etwaMinuten

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 Wochemal fürMinuten pro Mal

Sportart: in der Wochemal fürMinuten pro Mal

Sportart: in der Wochemal fürMinuten 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: im Monatmal fürMinuten pro Mal

Sportart: im Monatmal fürMinuten pro Mal

Sportart: im Monatmal fürMinuten pro Mal

Haben Sie an Wettkämpfen teilgenommen?

Wenn ja, welche ,
und welche Bestzeiten?

Ja

Nein

Haben Sie längere Trainingspausen eingelegt

Falls ja, warum und wie lange?

Ja

Nein



Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung

Fragen an die/den Sportler/in

Seite 3

Name, Vorname

Zutreffendes unterstreichen, ergänzen und/oder ankreuzen

Risikofaktoren:

seit

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

Nein

Ja

Adipositas

Nein

Ja

Fettstoffwechselstörung

Nein

Ja

Diabetes mellitus Typ 1

Nein

Ja

Diabetes mellitus Typ 2:

Nein

Ja

Bewegungsmangel

Nein

Ja

Bluthochdruck

Nein

Ja

familiäre Disposition

Nein

Ja

Weitere mögliche Risikofaktoren: z.B. Erhöhung des CRP

Nein

Ja

Unterschrift der/des Sportlers/Sportlerin:

Ergänzende standardisierte Anamnese durch die/den Ärztin/Arzt:

Unterschrift der/des Untersuchers/Untersucherin: