



# Erhebungsbogen

## Sporttauglichkeitsuntersuchung

(in Anlehnung an den Erhebungsbogen des DGSP e.V.)

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Plötzlicher Todesfall (va. vor de 55. LJ)	<input type="checkbox"/>	Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Gefäßkrankheiten	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Eingriffe am Herzen	<input type="checkbox"/>	Rez. Thrombosen	<input type="checkbox"/>	Angeb. Herzleiden	<input type="checkbox"/>
Allergien	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/>				

### 2. Eigene Gesundheitliche Angaben

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Keuchhusten	<input type="checkbox"/>	Masern	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	Scharlach	<input type="checkbox"/>	Windpocken	<input type="checkbox"/>
Sonstiges _____					

Besteht ein Impfschutz gegen:

Tetanus	<input type="checkbox"/>	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	Polio	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	Keuchhusten	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	Mumps	<input type="checkbox"/>	Röteln	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	SarsCoV2	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges _____					

Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Erkrankungen?

Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	Rhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	vergrößertes Herz	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Hyperlipidämie	<input type="checkbox"/>	Übergewicht	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	Neurolog. Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Migräne	<input type="checkbox"/>



# FACHARZTPRAXIS

## INNERE MEDIZIN | KARDIOLOGIE

Chronische Erkrankungen an:

Schilddrüse

Darm

Muskulatur/Skelet

Körperliche Behinderungen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Sinnesorgane (Brille/Kontaktlinsen; Ohren, Trommelfell, Nase)?

Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein?

Hatten Sie Operationen oder Krankenhausaufenthalte?

Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gipsversorgung, schwere Verletzungen?

Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht?

Was: \_\_\_\_\_ Wie viel: \_\_\_\_\_ Wie lange: \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Bier (Gläser/Tag oder Woche) \_\_\_\_\_ Wein (Gläser/Tag oder Woche) \_\_\_\_\_

Schnaps (Gläser/Tag oder Woche) \_\_\_\_\_ Sonstiges \_\_\_\_\_

Welche Ernährungsgewohnheiten haben Sie?

Vollkost

Vegetarisch

Vegan

Andere: \_\_\_\_\_



# FACHARZTPRAXIS

## INNERE MEDIZIN | KARDIOLOGIE

### 3. Eigene aktuelle oder frühere Beschwerden

Können Sie sich gut belasten, auch im Vergleich zu Ihren Sportkameraden? ja  nein

Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen schwereren

Infekt/Erkältung/Fieber? ja  nein

Fühlen Sie sich gesund? ja  nein

Haben Sie irgendwelche Beschwerden? ja  nein

Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_ (z.B. Schlafstörungen, Appetitmangel, Verstopfung, Atembeschwerden, Atemnot, Husten, Auswurf)

Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken? ja  nein

Wenn ja, welche:

Bestehen/bestanden bei körperlicher Aktivität Unsicherheiten? ja  nein

Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals in letzter Zeit nachfolgend genannte Beschwerden?

Ohnmacht/Kollaps  Schwindel  Herzschmerz

Brustschmerzen  Luftnot  Herzstolpern

Herzrasen  Herzaussetzer  Magen/Darm-Beschwerden

Hatten Sie in letzter Zeit deutliche Gewichtsschwankungen (> 2 kg)? ja  nein

Aktuelles Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg höchstes / niedrigstes Körpergewicht: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ kg

### 4. Sonstiges

Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung?

Welche bisher nicht aufgeführten ärztlichen oder krankengymnastischen Untersuchungen oder Vorsorge- Untersuchungen/ Behandlungen erfolgten in den letzten 2 Jahren bei Ihnen?

Für weibliche Sporttreibende:

Regelmäßige Periode/Regelblutung? ja  nein

alle \_\_\_\_\_ Tage Beginn der letzten Periode: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie ein Antikonzeptivum/eine Antibabypille? Welche: \_\_\_\_\_

Anzahl bisheriger Geburten: \_\_\_\_\_ Besteht eine Schwangerschaft? ja  nein



# FACHARZTPRAXIS

## INNERE MEDIZIN | KARDIOLOGIE

### 5. Sportanamnese

Sind Sie jetzt sportlich aktiv? ja  nein

Sportart(en): \_\_\_\_\_

pro Woche wie oft: \_\_\_\_\_ wie viele Minuten: \_\_\_\_\_

Sind Sie regelmäßig im Alltag körperlich aktiv? ja  nein

Art der Aktivitäten: \_\_\_\_\_

pro Woche wie oft: \_\_\_\_\_ wie viele Minuten: \_\_\_\_\_

Betreiben Sie regelmäßig:

Fitnessstraining?  Gymnastik?  Gehen Sie ins Fitness-Studio?

pro Woche wie oft: \_\_\_\_\_ wie viele Minuten: \_\_\_\_\_

Haben Sie längere Trainingspausen eingelegt? ja  nein

Waren Sie früher sportlich aktiv?

regelmäßig  gelegentlich  selten  nie  bis vor \_\_\_\_ Jahren

Haben Sie ein leistungssportliches Training betrieben? ja  nein

Sportarten: \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche: \_\_\_\_\_

Haben Sie an Wettkämpfen teilgenommen? ja  nein

Ende der Wettkampfphasen: \_\_\_\_\_ Leistungswerte (Bestzeiten): \_\_\_\_\_

### 6. Risikofaktoren

Nikotin  Packyears: \_\_\_\_\_

Adipositas  BMI/Bauchumfang: \_\_\_\_\_

Hyperlipidämie  LDL: \_\_\_\_\_

Diabetes  HbA1c: \_\_\_\_\_

Bluthochdruck

Familiäre Belastung

Bewegungsmangel

### 7. Sonstiges