

Fragebogen für Sportler

Bitte füllen Sie diesen Anamnesebogen VOR Ihrem Sportmedizinischen Beratungsgespräch bei uns aus und senden Sie uns diesen, zusammen mit möglichen Vor-Laboren oder Arztberichten und dem Ernährungsprotokoll mindestens 7 Tage VOARB per Post oder Email zu. Vielen Dank!

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße/ Nr: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

weiblich männlich

Gewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

- Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt? ja nein
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____
Jahre
- Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)? ja nein
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____
Jahre
- Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet? ja nein
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____
Jahre
Ursache bekannt: ja, welche? _____
nein

- Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor? ja nein
Wenn ja, welche?

- Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten? ja nein
Wenn ja, bei wem? _____ In welchem Alter?
_____ Jahre

Erkrankungen bei Ihnen selbst

Bisherige Operationen:

ja nein

Wenn ja,

Mandeloperation

wann? _____

Blinddarmoperation

wann? _____

Leistenbruchoperation

wann? _____

Sonstige: _____

wann? _____

Unfälle / Brüche

ja nein

Wenn ja, welche / wann? _____

Krankheiten

- Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein vergrößertes Herz? ja nein
Wenn ja, wann? _____

- Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? ja nein
Wenn ja, welche / seit wann?

- Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt? ja nein
Wenn ja, welche / seit wann?

- Fühlen Sie sich jetzt gesund? ja nein
Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie?

Spezielle Fragen

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren:

- Plötzliche Ohnmachten beim Sport (Kollaps)? ja nein
Wenn ja, wann? _____
- Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? ja nein
Wenn ja, wann? _____
- Schmerzen in der Brustgegend beim Sport? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____
- Herzstolpern beim und nach dem Sport? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____
- Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____
- Besteht ein erhöhter Blutdruck? ja nein
Wenn ja, seit wann? _____
- Ist bei Ihnen eine Fettstoffwechselstörung bekannt? ja nein
- Ist bei Ihnen eine Zuckerkrankheit bekannt? ja nein
- Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken? ja nein
Wenn ja, wo? _____
- Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung? ja nein
- Sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Haben Sie ungewollt Gewicht verloren? ja nein
Wenn ja, wie viel in welchem Zeitraum? _____

- Haben Sie ungewollt Gewicht zugenommen? ja nein
Wenn ja, wie viel in welchem Zeitraum? _____
- Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung? ja nein
- Bei Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein

Haben Sie zurzeit folgende Beschwerden?

- Schlafstörungen
- Appetitmangel
- Verstopfung
- Durchfall
- Sodbrennen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Müdigkeit/ Erschöpfung
- Infektanfälligkeit
- Atemnot
- Husten
- Sonstiges

Risikofaktoren

Rauchen Sie? ja nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein

Bier Wein Sekt Schnaps ___ Gläser pro Tag Woche?

Nehmen Sie Drogen? ja nein

Wenn ja, welche?

Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Vorgeschichte zum Sport

Sportart		Von (Jahr)	Bis (Jahr)	Trainingseinheiten pro Woche	Zeit pro Trainingseinheit pro Minuten
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				
	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig				

In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich momentan?

Vorbereitung Wettkampf Übergangsperiode

Sind Sie selber?

Trainer Übungsleiter Sportlehrer

Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen?

ja nein

Wenn ja, warum? _____

Bestleistungen

Disziplin	Leistung	Platzierung	Jahr

Spezielle Ernährungsanamnese:

Ernähren Sie sich nach einer spez. Ernährungsform (Low fat, Low Carb, Vegetarisch, vegan, Paleo, etc.)? ja nein

Wenn ja, seit wann?

Essen Sie generell

regelmäßig unregelmäßig viele Zwischenmahlzeiten?

Kochen Sie selbst?
täglich

nie gelegentlich häufig

Essen Sie außer Haus?
täglich

nie gelegentlich häufig

Wo gehen Sie primär einkaufen? _____

Was ist Ihr Lieblingsessen? _____

Wie oft essen/trinken Sie durchschnittlich folgende Nahrungsmittel?

	(fast) nie	Ab & zu	Mehrfach pro Woche	1 mal täglich	Mehrfach täglich
Milch					
Quark, Joghurt					
Käse					
Eier					
Brot/ Brötchen					
Müsli					
Nudeln					
Reis					
Kuchen/ Kekse					
Süßigkeiten					
Chips					
Fleisch					
Fisch					
Wurst					
Gemüse					
Obst					
Hülsenfrüchte					
Nüsse					
Fastfood					
Fruchtsäfte					
Softdrinks wie Cola					
Bier (Gläser)					
Wein (Gläser)					

Wie viel Liter trinken Sie durchschnittlich pro Tag (alle Getränke zusammengerechnet)? __ Liter

Gibt es Nahrungsmittel, die Ihnen (egal wie) nicht gut bekommen?
