



Dr. med.

Julia Kleinhenz

Akupunktur • Naturheilverfahren • Chirotherapie

Befragungsbogen zur sportärztlichen Untersuchung (Anamnese)

Name:.....Vorname:.....Geb.datum:.....

Anschrift:.....Tel.:.....

Hausarzt:.....

**Bitte lesen Sie diesen Fragebogen nach Erhalt und füllen Sie ihn möglichst genau aus!
Sie helfen damit, die sportmedizinische Betreuung zu optimieren.**

Alter: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Beruf: _____

Sportart : _____

Seit wann betrieben: _____

Trainingsaufwand pro Woche (in h): _____

Andere Sportarten: _____

Befanden Sie sich in letzter Zeit in | ja | nein
ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, warum? _____

Bei Kindern:

Wurde das Kind zu früh geboren? Durchgemachte Kinderkrankheiten? Besonderheiten bei Impfungen?

Bewegung-/ Koordinationsstörungen:

Nehmen Sie Medikamente? Welche?

Frühere Operationen? Welche? Wann?

Gab es bisher Sportverletzungen? Welche?

Gab es sonstige Probleme im Bereich des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)
Wenn ja , welche?

Tragen Sie orthopädische Hilfsmittel? (Bandagen, Tapes, Orthesen)
Welche?

Leiden Sie an Unverträglichkeiten gegen bestimmte Stoffe oder Medikamente, oder haben Sie andere
Allergien?



Dr. med.

Julia Kleinhenz

Akupunktur • Naturheilverfahren • Chirotherapie

Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden oder litten?

1. Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzündung, Herzjagen, Stolperherz)
2. Kreislaufbeschwerden (z.B. Hoher/Niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)
3. Durchblutungsstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)
4. Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Staublunge, Rippenfellentzdg.)
5. Leberbeschwerden (Gelbsucht, Hepatitis, Fettleber, Leberverhärtung, Zirrhose)
6. Nierenbeschwerden (Nierensteine, Entzündung)
7. Stoffwechselerkrankungen (Zucker, Gicht, Schilddrüse, Fettstoffwechsel)
8. Augenbeschwerden (grüner Star, trockene Bindehaut, Brillenträger)
9. Neurologische Beschwerden (Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression)
10. Blutungsneigung (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)
11. Chronische Schmerzen Wo? Seit wann?
12. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?
13. Gab es Ohrenerkrankungen, (z.B. Entzündungen, Verletzungen des Trommelfells, anfallsweisen Schwindel)
14. Andere, nicht genannte Erkrankungen?

Lebensgewohnheiten:

Rauchen Sie? | ja | nein Wieviel? Wenn nein, seit wann nicht mehr?

Trinken Sie regelmässig Alkohol? | ja | nein Wieviel? x/Woche x Gläser Bier/Wein/Spirituosen

Nehmen Sie Schlaf-, Beruhigungs- oder Schmerzmittel | ja | nein

Welche? Wieviel?

Datum

Unterschrift

Untersuchung:

Cor

Pulmo

Trommelfelle

RR

Attest