PRAXIS DR. WERNER
Facharzt für Allgemeinmedizin I Sportmedizin

Dr. med. Markus Werner
Facharzt für Allgemeinmedizin I Sportmedizin
Ärztehaus
Bolardusstr. 20A
26721 Emden
www.praxis-drwerner.de

Befragungsbogen zur sportärztlichen Untersuchung

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

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

Krankenkasse:.....Hausarzt:.....

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus! Sie helfen uns damit, die sportmedizinische Betreuung zu optimieren. Vielen Dank!

Sehr geehrte Sportlerin, sehr geehrter Sportler,

durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für eine sportärztliche Untersuchung und Vorsorge zu tun. Ihre Antworten sollen vorab ein Bild über den jeweiligen Gesundheitszustand vermitteln.

So können gezielter bestehende oder mögliche gesundheitliche Probleme bewertet und ggf. weitergehend untersucht werden.

Alter:_____Größe:_____Gewicht:_____

Beruf:_____

Welche Sportart(en) wird/werden vorwiegend

betrieben? _____

Seit wann betrieben:_____

Wie oft? _____

Evtl. Verein, Mannschaft: _____

Trainingsaufwand pro Woche (in h): _____

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

Wenn ja, warum? _____

_____

Bestanden in der Vergangenheit jemals folgende Beschwerden:
Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Schwindel, Sehstörungen, Brustschmerz, ungewöhnliche oder plötzlich auftretende Luftnot, Herzstolpern, Herzrasen oder Herzaussetzer?
ja nein

Sind in der Familie Herzkrankheiten bekannt oder ist jemand an einem Herzschlag verstorben (plötzlicher Herztod) ja nein

Besteht Impfschutz für Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A/B? ja nein

Besteht das Gefühl, schneller als die Sportkameraden zu ermüden? ja nein

Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Drogen oder leistungsfördernde Substanzen ein?
ja nein

Welche? _____

_____

PRAXIS DR. WERNER
Facharzt für Allgemeinmedizin I Sportmedizin

Frühere Operationen? ja nein

Welche? Wann? _____

_____

Gab es bisher Sportverletzungen ? ja nein
Welche?

_____

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

_____

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

_____

Sind Allergien bekannt? ja nein
Welche?

_____

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

1. Herzerkrankungen ja nein
(z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzdg., Herzjagen, „Stolperherz“)

2. Kreislaufbeschwerden ja nein
(z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)

3. Durchblutungstörungen, ja nein
(Krampfadern, Thrombosen)

4. Erkrankung der Atemwege ja nein
(Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzdg., Rippenfellentzdg.)

5. Leberbeschwerden ja nein
(„Gelbsucht“/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)

6. Nierenbeschwerden ja nein
(Nierensteine, Entzündung)

7. Stoffwechselerkrankungen ja nein
(z. B. Diabetes, Gicht, Schilddrüse, erhöhtes Cholesterin)

8. Augenbeschwerden ja nein
(grüner Star, trockene Bindehaut, Brillen-/Kontaktlinsenträger)

9. Neurologische/psychische Beschwerden? ja nein
(Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression)

10. Blutungsneigung ja nein
(Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)

11. Chronische Schmerzen ja nein

wo?_____

seit wann?_____

12. Andere, nicht genannte Erkrankungen? ja nein

welche?_____

13. Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne? ja nein

Lebensgewohnheiten:

Rauchen Sie? ja nein

Wieviel?_____

Falls sie einmal geraucht haben,

seit wann nicht mehr?_____

Trinken Sie regelmässig Alkohol? ja nein

Wieviel? Wie oft?_____

Ich versichere die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben:

Datum: Unterschrift: