

Name: Vorname
Geb. am:
PLZ: Ort:
Straße: Tel:

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung Fragebogen (n. de Bree/Urhausen 1999)

männlich weiblich

1. Sind in der Familie Herzkrankheiten bekannt oder ist jemand an einem Herzschlag verstorben (plötzlicher Herztod)? ja nein
2. Bestanden in der Vergangenheit jemals folgende Beschwerden: Bewußtlosigkeit, Ohnmachtszustände, Schwindel, Sehstörungen, Brustschmerz, ungewöhnliche oder plötzlich auftretende Luftnot, Herzstolpern oder Herzaussetzer oder Herzrasen? (*Zutreffendes bitte unterstreichen*) ja nein
3. Wurde jemals ein Herzgeräusch/Herzfehler oder ein hoher Blutdruck festgestellt? (*Zutreffendes bitte unterstreichen*) ja nein
4. Besteht das Gefühl, schneller als die Sportkameraden zu ermüden? ja nein
5. Besteht eine Erkrankung der Sinnesorgane (z.B. Brille/Kontaktlinse, Ohrenbeschwerden, behinderte Nasenatmung)? (*Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen*)
..... ja nein
6. Bestehen oder bestanden chronische Erkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Asthma, Epilepsie, Schilddrüsenerkrankung, Rheuma) oder eine körperliche Behinderung? (*Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen*)
..... ja nein
7. Trat jemals eine Verletzung auf oder bestehen/bestanden häufiger Beschwerden an: Sehnen, Muskeln, Gelenken, Wirbelsäule? (*Zutreffendes bitte unterstreichen*) ja nein
8. Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen)?
Wenn ja, welche?..... ja nein
9. Werden derzeit Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche?..... ja nein
10. Wurde jemals von einem Arzt Sportuntauglichkeit festgestellt? ja nein
11. Raucher? Regelmäßiger Alkoholkonsum? Aktuelle oder frühere Einnahme von Drogen oder Dopingsubstanzen? (*Zutreffendes bitte unterstreichen*) ja nein
12. Welche Kinderkrankheiten (Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken) wurden durchgemacht? (*Zutreffendes bitte unterstreichen*)
13. Besteht Impfschutz für Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln? (*Zutreffendes bitte unterstreichen*)
14. Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung (*Monat/Jahr*)?.....
15. Wann begann die letzte Regelblutung/Periode (*Tag/Monat/Jahr*)?.....
Alter bei 1. Regelblutung Jahre; Regelmäßige Periode? ja, nein
alle Tage
16. Bisherige Operationen (*wann, was*)?.....
.....
Sonstige Krankenhausaufenthalte (*wann, warum*)?.....
.....
17. Welche Sportart(en) werden vor allem betrieben?