



Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung

Fragebogen (n. de Bree/Urhausen 1999)

Name: _____ **Geb.:** _____ 0 männlich 0 weiblich

1. Sind in der Familie Herzkrankheiten bekannt oder ist jemand an einem Herzschlag verstorben (plötzlicher Herztod) ? 0 ja 0 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) 0 ja 0 nein

3. Wurde jemals ein Herzgeräusch/Herzfehler oder ein hoher Blutdruck festgestellt? (Zutreffendes bitte unterstreichen) 0 ja 0 nein

4. Besteht das Gefühl, schneller als die Sportkameraden zu ermüden? 0 ja 0 nein

5. Besteht eine Erkrankung der Sinnesorgane? (z.B. Brille/Kontaktlinse, Ohrenbeschwerden, behinderte Nasenatmung)? (Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen) 0 ja 0 nein

.....

6. Bestehen oder bestanden chronische Erkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit, Asthma, Epilepsie, Schilddrüsenerkrankung, Rheuma)oder eine körperliche Behinderung? (Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen) 0 ja 0 nein

.....

7. Trat jemals eine Verletzung auf oder bestehen/bestanden häufiger Beschwerden an: Sehnen, Muskeln, Gelenken,Wirbelsäule? (Zutreffendes bitte unterstreichen) 0 ja 0 nein

8. Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen)? Wenn ja welche? 0 ja 0 nein

.....

9. Werden derzeit Medikamente eingenommen? Wenn ja welche? 0 ja 0 nein

.....

10. Wurde jemals von einem Arzt Sportuntauglichkeit festgestellt? Wenn ja, weswegen? 0 ja 0 nein

.....

11. Raucher? Regelmäßiger Alkoholkonsum? Aktuelle oder frühere Einnahme von Drogen oder Dopingsubstanzen? (Zutreffendes bitte unterstreichen) 0 ja 0 nein

12. Kinderkrankheiten (Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken) (Zutreffendes bitte Unterstreichen) 0 ja 0 nein

13. Besteht Impfschutz für Tetanus, Diphtherie, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib (Influenza), Polio, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln? (Zutreffendes bitte unterstreichen) 0 ja 0 nein

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? 0 ja, alle Tage 0 nein

16. Bisherige Operationen (wann was)? Sonstige Krankenhausaufenthalte (wann, warum)? 0 ja 0 nein

.....

17. Welche Sportart(en) werden vor allem betrieben?

.....

.....
 Unterschrift Sportler

.....
 Datum

.....
 Arztstempel