

Protokoll N° 2025 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## ANAMNESE

**Nach-/ Vorname** \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_, Wohnort: \_\_\_\_\_, PLZ: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_,  weibl.  männl.

Ich wünsche folgende sportärztliche Leistung(en):  
 **Eignungsvisite** für Wettkämpfe folgender Sportart(en): \_\_\_\_\_  
 Name des Vereins: \_\_\_\_\_  
 **Eignungsvisite** für Nicht-Wettkampfsport (sog. Gesundenzeugnis)  
 **Leistungstest:**  Laktatanalytik  Messung der VO<sub>2</sub>max  Laufband  Radergometer

Wurde in Vergangenheit eine **NICHT-EIGNUNG für Wettkampfsport** bescheinigt?  nein  **JA**

Starb ein/e nahe/r Verwandte/r vor dem 50. Lebensjahr an Herzinfarkt oder plötzlichem Herztod oder leidet an einer Krankheit des Herz-Kreislaufsystems?  
 nein  ja: Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren  
 Erleidet ein Familienmitglied einen Schlaganfall (Ictus cerebri)?  
 nein  ja: Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_ im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren  
 Ist die familiäre Häufung von anderen Erkrankungen bekannt?  
 nein  ja, Krankheitsbild \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie eine Erkrankung**

des Nervensystems	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Schädel-Hirn-Trauma, Schwindel, Migräne, Epilepsie, Multiple Sklerose...)
der Psyche	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Angststörung, Panikattacken, Depression, depressive Verstimmung, ...)
der Augen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ Ich trage <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen.
der Nase / Nebenhöhlen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Heuschnupfen, Nasenbluten, Sinusitis, ...)
der Ohren	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Trommelfellriss, Mittelohrentzündung, Hörminderung, Tinnitus, ...)
der Lunge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Tuberkulose, Asthma, COPD, Lungenentzündung, Atemnot, Zystische Fibrose...)
des Herz-Kreislaufsystems	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Herzfehler, Herzmuskelentzündung, art. Hypertonie, Herzrhythmusstörung, ...)
des Magens oder Darms	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Sodbrennen, Magengeschwür, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, ...)
der Nieren oder Harnwege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Nierenentzündung, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, ...)
des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Rheuma, Arthrose, Bandscheibenprobleme, Skoliose, Knochenbrüche, ...)
des Stoffwechsels	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> früher, welche? _____ (Zuckerkrankheit, Schilddrüsenfunktionsstörung, Gicht, erhöhte Blutfettwerte, ...)

**Haben Sie in Vergangenheit Blutanalysen absolviert?**  
 nein, noch nie  ja, im Jahr \_\_\_\_\_  
 ev. Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Hatten Sie Operationen, größere Verletzungen oder Unfälle?  nein  ja  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ beschreiben Sie: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja, seit \_\_\_\_ Jahren, täglich durchschnittlich \_\_\_\_ Zigaretten  
Trinken Sie Alkohol?  nein  ja, täglich  ja, gelegentlich  
 Wein  Bier  Superalkohol  
Trinken Sie Kaffee?  nein  ja, täglich durchschnittlich \_\_\_\_\_ Tassen

Hatten Sie in den letzten Jahren folgende **Beschwerden beim Sport?**  
Bewusstlosigkeit  nein  ja, schildern Sie: \_\_\_\_\_  
Schwindel oder Übelkeit  nein  ja, schildern Sie: \_\_\_\_\_  
Schmerz/ Enge in der Brust  nein  ja, schildern Sie: \_\_\_\_\_  
Stolpern des Pulses  nein  ja, schildern Sie: \_\_\_\_\_  
Atemnot oder Asthma  nein  ja, schildern Sie: \_\_\_\_\_  
epileptische Anfälle  nein  ja, schildern Sie: \_\_\_\_\_  
andere Symptome  nein  ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen fieberhafte Infekte?  nein  ja: \_\_\_\_\_  
Fühlen Sie sich zur Zeit krank?  nein  ja, beschreiben Sie: \_\_\_\_\_  
Nehmen Sie Medikamente?  nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

Haben Sie in Vergangenheit bereits eine der folgenden Untersuchungen absolviert:  
 Herzultraschall  nein  ja, im Jahr: \_\_\_\_\_, wo? \_\_\_\_\_  
 24-Stunden-EKG  nein  ja, im Jahr: \_\_\_\_\_, wo? \_\_\_\_\_  
 24-Stunden-Blutdruckmessung  nein  ja, im Jahr: \_\_\_\_\_, wo? \_\_\_\_\_

**für Frauen:**  
Haben Sie derzeit die Regel?  nein  ja  
Leiden Sie an Zyklusstörungen?  nein  ja, beschreiben Sie: \_\_\_\_\_  
Sind Sie schwanger?  nein  ja  
Sind Sie in der Menopause?  nein  ja, seit \_\_\_\_ Jahren

Wurde nach Krankheiten, körperlichen Einschränkungen oder Besonderheiten NICHT gefragt, die Sie betreffen und die in Zusammenhang mit der Ausübung von Sport ein Gesundheitsrisiko darstellen könnten?  
 nein  ja, beschreiben Sie: \_\_\_\_\_

Haben Sie Fragen an den Arzt?  nein  ja: - \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
Erklären Sie, dass Ihre Angaben vollständig sind?  nein  ja  
Erklären Sie, dass Ihre Angaben der Wahrheit entsprechen?  nein  ja  
Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Sterzing, am \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (für Minderjährige ein Elternteil / Erziehungsberechtigte-r)

**Anmerkung:** sollten im Verlauf der Untersuchung Zweifel bezüglich deren Fortsetzung oder allfällige Beschwerden auftreten, wird eine frühzeitige Rückmeldung erbeten, um entsprechend reagieren zu können. Eine Unterbrechung der Leistung ist jederzeit möglich.