



Ambulatorium für Sportmedizin & Leistungsphysiologie
Dr. med. Schenk Kai
Facharzt für Sportmedizin, IOC Diplom Sporternährung
AGON FB GmbH
Jaufen Straße 129 D, 39049 Sterzing (BZ)
www.agon.bz.it

Protokoll N° 2026 / ____ / ____

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 VO₂max ☐ 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

Erlitt 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?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Falls ja, wann? _____ beschreiben Sie: _____		

Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit ____ Jahren, täglich durchschnittlich ____ Zigaretten
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, täglich <input type="checkbox"/> ja, gelegentlich
	<input type="checkbox"/> Wein	<input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Superalkohol
Trinken Sie Kaffee?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, täglich durchschnittlich _____ Tassen

Hatten Sie in den letzten Jahren folgende Beschwerden beim Sport ?		
Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, schildern Sie: _____
Schwindel oder Übelkeit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, schildern Sie: _____
Schmerz/ Enge in der Brust	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, schildern Sie: _____
Stolpern des Pulses	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, schildern Sie: _____
Atemnot oder Asthma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, schildern Sie: _____
epileptische Anfälle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, schildern Sie: _____
andere Symptome	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche: _____

Hatten Sie in den letzten 2 Wochen fieberhafte Infekte?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____
Fühlen Sie sich zur Zeit krank?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, beschreiben Sie: _____
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, folgende: _____

Haben Sie in Vergangenheit bereits eine der folgenden Untersuchungen absolviert:		
<input type="checkbox"/> Herzultraschall	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr: _____, wo? _____
<input type="checkbox"/> 24-Stunden-EKG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr: _____, wo? _____
<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Blutdruckmessung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, im Jahr: _____, wo? _____

für Frauen:		
Haben Sie derzeit die Regel?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie an Zyklusstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, beschreiben Sie: _____
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Sind Sie in der Menopause?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, beschreiben Sie: _____

Haben Sie Fragen an den Arzt?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: - _____
		- _____
Erklären Sie, dass Ihre Angaben vollständig sind?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Erklären Sie, dass Ihre Angaben der Wahrheit entsprechen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> 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.