

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 nein ja früher, welche? _____
 (Schädel-Hirn-Trauma, Schwindel, Migräne, Epilepsie, Multiple Sklerose...)

der Psyche nein ja früher, welche? _____
 (Angststörung, Panikattacken, Depression, depressive Verstimmung, ...)

der Augen nein ja früher, welche? _____
 Ich trage Brille Kontaktlinsen.

der Nase / Nebenhöhlen nein ja früher, welche? _____
 (Heuschnupfen, Nasenbluten, Sinusitis, ...)

der Ohren nein ja früher, welche? _____
 (Trommelfellriss, Mittelohrentzündung, Hörminderung, Tinnitus, ...)

der Lunge nein ja früher, welche? _____
 (Tuberkulose, Asthma, COPD, Lungenentzündung, Atemnot, Zystische Fibrose...)

des Herz-Kreislaufsystems nein ja früher, welche? _____
 (Herzfehler, Herzmuskelentzündung, art. Hypertonie, Herzrhythmusstörung, ...)

des Magens oder Darms nein ja früher, welche? _____
 (Sodbrennen, Magengeschwür, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, ...)

der Nieren oder Harnwege nein ja früher, welche? _____
 (Nierenentzündung, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, ...)

des Bewegungsapparates nein ja früher, welche? _____
 (Rheuma, Arthrose, Bandscheibenprobleme, Skoliose, Knochenbrüche, ...)

des Stoffwechsels nein ja 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.