

PATIENTENETIKETT



Anamnese

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

1. Was ist der Grund Ihres aktuellen Besuches?

☐ Sportneueinstieg

☐ Sportwiedereinstieg

☐ regelmäßige Sportaktivität

2. Trainings- und Aktivitätsanamnese

Bitte füllen Sie die Tabelle auch aus, wenn Sie keinen Sport treiben. Zumindest die Angabe von Aktivitäten im Alltag sollte erfolgen, eine Angabe zu Gehbelastungen von über 5 Minuten Dauer ist vorgegeben (siehe auch beispielhaft ausgefüllte Tabelle). Beachten Sie beim Ausfüllen der Tabelle folgendes: Gefragt wird nach dem durchschnittlichen Aktivitätsverhalten im **Zeitraum der letzten drei Monate**. Differenzieren Sie zwischen Trainings- und Alltagsaktivitäten, geben Sie für jede Aktivität auch die dabei empfundene Belastungsintensität (L: Leicht, M: Moderat, I: Intensiv) an (siehe auch Fußnote Tabelle). Wird im Rahmen eines gemischten Trainings (z.B. im Fitnessstudio, beim Krafttraining) mit Ausdauerbelastungen auf-/abgewärmt, bitte in letzter vorgemerkter Zeile Wochenumfang in Minuten angeben.

Sportart/Trainingsform	Anzahl Trainingseinheiten pro Woche	Gesamtumfang pro Woche in Minuten	Belastungsintensität*	Seit wann? (Jahr)
Ausdauerbelastung zum Auf-/Abwärmen im Rahmen eines o.g. Trainings				
Körperliche Aktivität im Alltag	Häufigkeit pro Woche	Gesamtumfang pro Woche in Minuten	Belastungsintensität	
Gehen länger als 5 Minuten				
Sitzzeit im Beruf				
Sitzzeit im Alltag				

*Belastungsintensitäten:

Leicht (L): ruhige Atmung, kaum Schwitzen (z.B. ruhiges Gehen in der Ebene)

Moderat (M): beginnend gesteigerte Atmung, flüssiges Reden noch möglich, etwas Schwitzen (z.B. zügiges Walking, lockeres Joggen, Radfahren i.d. Ebene, langsames Schwimmen, mittelschwere Gartenarbeit)

Intensiv (I): stärker gesteigerte Atmung, reden nur noch eingeschränkt möglich, stärkeres Schwitzen (z.B. Dauerlauf, Intervalltraining, zügiges Radfahren und/oder in profiliertem Gelände, Spilsport wie Tennis oder Fußball, schwere Gartenarbeit)

2.1 Wann wurde das letzte Mal trainiert?

☐ Heute ☐ Gestern ☐ vor 2 Tagen ☐ vor > 2 Tagen

2.2 Wenn Sie Sport treiben, wo würden Sie sich einordnen?

☐ Freizeitsport ☐ ambitionierter Breitensport ☐ Leistungssport

Freizeitsport beschreibt sportliche Aktivitäten ohne oder mit nur geringem Leistungsaspekt und/oder gesundheitssportliches Training;

ambitionierter Breitensport beschreibt sportliches Training mit dem Ziel der Leistungsverbesserung und die zumindest gelegentliche Durchführung wettkampftartiger Belastungen;

Leistungssport entspricht einer i.d.R. täglichen Trainingsdurchführung, der klaren Fokussierung auf den Wettkampferfolg und der Organisation in einem Verein bzw. Sportverband.

2.3 Haben Sie früher ambitionierten Sport mit Wettkampfteilnahme betrieben?

☐ ja ☐ nein wenn ja: ☐ Breitensport ☐ Leistungssport

Bis zu welchem Alter? ____ Jahre Niveau (z.B. Bundesliga, Kader)? _____

3. Haben Sie aktuelle Beschwerden? ☐ ja ☐ nein

3.1 Wenn ja, welche _____

3.2 Treten Beschwerden speziell bei körperlicher Belastung / beim Sport auf? ☐ ja ☐ nein

3.3. Wenn ja, welche Beschwerden bemerken Sie dabei? _____

3.4 Waren Sie schon einmal wegen den oben genannten Beschwerden zur Untersuchung und/oder Behandlung?

☐ ja ☐ nein

3.5 Bestand in den letzten 2 Wochen ein Infekt / eine Erkältung?

☐ ja, ohne Fieber ☐ ja, mit Fieber ☐ nein

4. Vegetative Anamnese

Appetit ☐ normal ☐ vermindert/reduziert ☐ Heißhungerattacken

Kostform ☐ Mischkost ☐ ovolakto-vegetarisch ☐ vegetarisch ☐ vegan
(mehrere möglich)

Sonstige Diätmaßnahmen ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

Wie oft essen Sie Obst, Gemüse oder dunkles Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)?

☐ nicht täglich ☐ täglich

Gewicht ☐ konstant ☐ Abnahme* ☐ Zunahme*

*um ____ kg in ____ Monaten

Stuhlgang ☐ normal ☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ Blutbeimengungen ☐ Teerstuhl

Wasserlassen ☐ normal ☐ nachts Wenn nachts, wie häufig? _____

Nikotin ☐ ja ☐ nein ☐ früher

wenn ja: ____ Zigaretten / Tag
wenn früher: ____ Zigaretten / Tag, über welchen Zeitraum / bis wann: _____

Alkohol ☐ gelegentlich ☐ selten ☐ nie ☐ regelmäßig, Menge: _____

☐ gut ☐ Einschlafstörungen ☐ Durchschlafstörungen

☐ Schnarchen

durchschnittliche Schlafdauer: _____ Stunden / Tag

Allergien ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

Für Frauen:

Menstruation erstmalig im Alter von: _____ regelmäßig: ☐ ja ☐ nein ☐ Menopause

Medikamente ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Medikamente (Name) und Dosierung (morgens, mittags, abends)?

[illegible]

Nahrungsergänzungsmittel ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche? _____

5. Bei Ihnen bekannte Vorerkrankungen / Diagnosen

	ja	nein	(seit) wann?	Welche Diagnose?
Herzerkrankungen				
Gefäßerkrankungen (z.B. Schlaganfall, Thrombose)				
Lunge (z.B. Asthma, COPD, Lungenembolie)				
Bluthochdruck				
Krebserkrankung				
Diabetes (Zuckerkrankheit)				falls ja ☐ Typ 1 ☐ Typ 2
Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin, Neutralfette)				
Schilddrüsenerkrankung				
Sonstiges				

6. Erkrankungen in der Familie

	ja	nein	Welche (und bei wem in der Familie, Erkrankungsalter)?
Herzinfarkt – vor dem 60. Lebensjahr			
– nach dem 60. Lebensjahr			
Plötzlicher Herztod			

Bluthochdruck			
Weitere Herzerkrankung			
Gefäßerkrankungen (z.B. Schlaganfall, Thrombose)			
Diabetes (Zuckerkrankheit)			falls ja ☐ Typ 1 ☐ Typ 2
Krebserkrankungen (z.B. Darm-, Brustkrebs)			
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)			
Erhöhung der Blutfette (z.B. Cholesterin, Neutralfette)			
Sonstige Erkrankungen (z.B. Schilddrüse)			
Epilepsie / Anfallsleiden			
Wiederholte Bewusstlosigkeit			
Marfan-Syndrom			
Weitere			

Bewegungsapparat

6.1 Haben Sie aktuell Beschwerden oder eine Verletzung im Bereich des Bewegungsapparats?

☐ ja ☐ nein

6.2 Traten früher Beschwerden oder Verletzungen im Bereich des Bewegungsapparats (z. B. Knochenbruch) auf, die zur Einschränkung der körperlichen Aktivität geführt haben?

☐ ja ☐ nein

6.3 Wurden ärztliche oder physiotherapeutische Behandlungen (inklusive Hilfsmittel) zur Behandlung der die körperliche Aktivität einschränkenden Belastungen verordnet?

☐ ja ☐ nein

6.4 Wurden operative Eingriffe am Bewegungsapparat (z. B. am Meniskus) vorgenommen?

☐ ja ☐ nein

7. Vorsorgeuntersuchungen

	zuletzt (Monat/Jahr)	auffälliger Befund (ja/nein) Wenn ja, Diagnose?
Darmspiegelung		
bei Frauen: Gynäkologie		
bei Männern: Urologie		
Hautkrebscreening		
Zahnarzt		
Impfstatus		

8. Präventionsprogramme

8.1 Nehmen Sie an Bewegungs-/Präventionsangeboten teil?

☐ ja, welche?/was?

☐ nein

8.2 Führen Sie Präventionstraining durch (z.B. eigenständiges Training zur Vorbeugung von Verletzungen, FIFA11+)?

☐ ja, welche?/was?

☐ nein

9. Soziale Anamnese

Schichtdienst

☐ ja ☐ nein

Wöchentliche Arbeitszeit

_____ Std./Woche

Betreuungsaufgaben (z.B. Kinder, Pflege)

☐ ja ☐ nein

Unterschrift (untersuchte Person): _____

Notizen (Ärztin/Arzt):

Datum:

Unterschrift (Ärztin/Arzt):