

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 vorgemerakter 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 erhöht/gesteigert“
 Heißhungerattacken

Kostform Mischkost ovolakto-vegetarisch¹ vegetarisch vegan
(mehrere möglich)

Sonstige Kostformen ja nein Wenn ja, welche? _____

Wie oft essen Sie Obst? _____/Tag

Wie oft essen Sie Gemüse? _____/Tag

Wie oft essen Sie Vollkornprodukte (z.B. Brot, Nudeln, Müsli)? _____/Tag

Gewicht konstant Abnahme* Zunahme*

*um _____ kg in _____ Monaten

Stuhlgang normal Durchfall Verstopfung Blutbeimengungen Teerstuhl

Wasserlassen normal nachts Wenn nachts, wie häufig? _____

¹ Verzehr von Eiern, Milchprodukten, nicht aber Fisch und Fleisch

Nikotin ja nein früher

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

Alkohol Nie selten gelegentlich regelmäßig,
Menge _____/Woche

Schlaf gut Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Schnarchen
durchschnittliche Schlafdauer: _____ Stunden / Tag

Allergien nein ja Wenn ja, welche? _____

Für Frauen:

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

Medikamente nein ja

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

Medikament (Name)	Dosis	morgens	mittags	abends

Nahrungsergänzungsmittel nein ja Wenn ja, welche? _____

5. Bei Ihnen bekannte Vorerkrankungen / Diagnosen

	nein	ja	(seit) wann?	Welche Diagnose?
Herzerkrankungen				
Gefäßerkrankungen (z.B. Schlaganfall, Thrombose)				
Lunge (z.B. Asthma, COPD, Lungenembolie)				
Bluthochdruck				
Krebserkrankung				
Diabetes (Zuckerkrankheit)				falls ja <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin, Neutralfette)				
Schilddrüsenerkrankung				
Sonstiges				

6. Erkrankungen in der Familie

	nein	ja	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 <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> 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?

nein ja

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

nein ja

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

nein ja

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

nein ja

7. Vorsorgeuntersuchungen

	zuletzt (Monat/Jahr)	auffälliger Befund (ja/nein) Wenn ja, Diagnose?
Darmspiegelung/Stuhltest		
bei Frauen: Gynäkologie		
bei Männern: Urologie/Hausarzt bzw. Hausärztin		
Hautkrebsscreening		
Zahnarzt/Zahnärztin		
Impfstatus		

8. Präventionsprogramme

8.1 Nehmen Sie an Bewegungs-/Präventionsangeboten teil?

nein ja, welche?/was?

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

nein ja, welche?/was?

9. Soziale Anamnese

Schichtdienst nein ja

Wöchentliche Arbeitszeit _____ Std./Woche

Betreuungsaufgaben (z.B. Kinder, Pflege) nein ja

Unterschrift (untersuchte Person): _____

Notizen (Ärztin/Arzt):

Datum:

Unterschrift (Ärztin/Arzt):