

**PERSÖNLICHE DATEN**

\_\_\_\_\_ Name, Vorname      \_\_\_\_\_ Geburtsdatum      \_\_\_\_\_ Größe **cm**      \_\_\_\_\_ Gewicht **kg**

**Sportspezifische Angaben**

Hauptdisziplin \_\_\_\_\_  
Trainingsjahre \_\_\_\_\_ Wochenpensum: \_\_\_\_\_ Einheiten \_\_\_\_\_ Stunden  
Sonstige Sportarten \_\_\_\_\_

**Allgemeine medizinische Fragen**

- Wurde schon einmal eine sportmedizinische Untersuchung durchgeführt?  J  N
- Sind bei dir Allergien bekannt?  J  N
- Bist du beim / nach dem Training schneller ausser Atem als andere aus der Trainingsgruppe?  J  N
- Bist du schon einmal operiert worden?  J  N
- Hattest du schon einmal Schmerzen o. Gedächtnisprobleme nach einem Sturz / Schlag auf den Kopf?  J  N
- Bist du mit deinem Gewicht zufrieden?  J  N
- Versuchst du abzunehmen oder zuzunehmen oder hat dir das jemand empfohlen?  J  N
- Hältst du eine spezielle Diät oder vermeidest du bestimmte Lebensmittel?  J  N
- Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?  J  N
- Nimmst du regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel (z. B. Eiweißshakes, Vitamine, Magnesium) zu dir?  J  N
- Hast du im Moment oder regelmäßig nach dem Training Schmerzen oder andere Beschwerden?  J  N
- Hast du Fragen, die du mit dem Arzt / der Ärztin besprechen möchtest?  J  N
- Bist du schon einmal durch Training bei Hitze krank geworden?  J  N
- Nimmst du regulär am Schulsport teil?  J  N
- Fühlst du dich auch am Tag nach einem Training noch erschöpft oder müde?  J  N
- Hast du schon mal Schmerzmittel vor oder nach dem Training / Wettkampf genommen?  J  N

**Herz & Lunge**

- Bist du schon einmal bewusstlos geworden?  J  N
- Hattest du schon einmal Schmerzen, Engegefühl oder Druck in der Brust?  J  N
- Hattest du schon einmal in Ruhe Herzrasen oder Herzstolpern?  J  N
- Wurde dein Herz schon einmal untersucht (z.B. mittels EKG oder Herz-Ultraschall)?  J  N
- Hat jemals jemand gesagt du hättest Asthma?  J  N
- Hast du Husten der nicht weggeht oder Husten beim Training bzw. anstrengenden Aktivitäten?  J  N
- Hat du nach einem Infekt oft Wochen später immer noch Husten?  J  N
- Hast du ein Spray, wenn duschlecht Luft bekommst ode wurde jemals eines verordnet?  J  N

## Bewegungsapparat

- Hattest du jemals eine Verletzung nach der du länger als eine Woche nicht trainieren konntest?  J  N
- Hattest du schon mal Physiotherapie?  J  N
- Wurdest du schon mal geröntgt oder wurde ein CT oder ein MRT durchgeführt?  J  N
- Hattest du schon mal Leistenschmerzen?  J  N

## Familienanamnese (= Eltern, Geschwister, Onkels, Tanten, Großeltern, Cousins, Cousinen)

- Ist jemand aus deiner Familie vor dem 35. Lebensjahr plötzlich verstorben oder wurde wiederbelebt?  J  N
- Hat jemand in deiner Familie vor dem 35. Lebensjahr einen Herzschrittmacher bekommen?  J  N
- Gibt es in deiner Familie tödliche Verkehrs- oder Badeunfälle deren Ursache unklar ist?  J  N
- Ist jemand aus deiner Familie beim Sport verstorben oder wurde wiederbelebt?  J  N
- Gibt es jemanden mit Marfan-Syndrom in deiner Familie?  J  N
- Gibt es Familienmitglieder die aus medizinischen Gründen keinen Sport betreiben sollen?  J  N

## „Mädelsache“

- Hattest du schon einmal deine Periode?  J  N
- Wenn ja, wie alt warst du? \_\_\_\_\_ Jahre
- Wie viele Perioden hattest du ungefähr in den letzten 12 Monaten? \_\_\_\_\_
- Kannst du während der Periode normal weiter trainieren?  J  N

## Platz für mit „J“ beantwortete Fragen


Augsburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_  
Sportler

\_\_\_\_\_  
Erziehungsberechtigter

## Checkliste für die Untersuchung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Impfpass          | <input type="checkbox"/> Medikamentenplan (wenn vorhanden)     |
| <input type="checkbox"/> „Gelbes Heft“     | <input type="checkbox"/> Untersuchungsbefunde (wenn vorhanden) |
| <input type="checkbox"/> Versichertenkarte | <input type="checkbox"/> Allergiepass (wenn vorhanden)         |
| <input type="checkbox"/> Mama / Papa       |  |