



SPORTMEDIZINISCHER ANAMNESEBOGEN

Name:

Geb.-Datum: Unters. Datum:

Vorerkrankungen im Bereich der inneren Organe:

Vorerkrankungen im Bereich des Haltungs- und Bewegungsapparates:

andere Vorerkrankungen:

Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?

Wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?

Trinken Sie Alkohol/wieviel?

Wieviel Flüssigkeit trinken Sie täglich (welche?)?

Leiden Sie an Schlafstörungen Verdauungsstörungen Appetitlosigkeit
 Kopfschmerzen Störungen der Monatsblutung Gewichtsverlust

Sportanamnese:

Treiben Sie regelmäßig Sport? Nein Ja

Treiben Sie früher regelm. Sport? Nein Ja

Treiben Sie gelegentlich Sport? Nein Ja

Treiben Sie Wettkampfsport? Nein Ja

Welche Sportarten betreiben Sie ?

Trainieren Sie nach Trainingsplan? Nein Ja

Wieviele Stunden trainieren Sie pro Woche?

Lagen in den letzten 3 Monaten zusammenhängende Sportpausen von mind. 2 Wochen vor?
 Nein Ja

Bitte füllen Sie alle Felder vollständig aus und bringen Sie uns das Formular bei Ihrem nächsten Besuch in unserer Ordination mit!