

# SPORTMEDIZINISCHER ANAMNESE- UND UNTERSUCHUNGSBOGEN

## Einverständniserklärung

Als wissenschaftlich arbeitende Institution führen wir Studien zu verschiedenen Aspekten der Sportmedizin durch. Es werden z.B. EKG-Untersuchungen, Herzultraschalluntersuchungen oder Belastungswerte der Ergometrie alters-, gender- und sportartbezogen ausgewertet. Diese Auswertungen erfolgen immer anonymisiert, d.h. es können in keinerlei Rückschlüsse auf die Identität der Sportlerinnen und Sportler gezogen werden.

Eine Rückverfolgung Ihrer personenbezogenen Daten ist daher ausdrücklich ausgeschlossen. Die datenschutzrechtlichen Regelungen, sowie die ärztliche Schweigepflicht werden dadurch selbstverständlich ebenfalls gewahrt. Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung.

Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die ärztlichen und wissenschaftlichen Mitarbeiter des Institutes, sowie die von mir genannten Trainer, Haus- und Sportärzte. Die Weitergaben meiner personenbezogenen Daten durch diesen Benutzerkreis bedarf meiner schriftlichen Genehmigung, § 15, Abs. 2 HDSG.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur anonymisierten Verwendung meiner Untersuchungsergebnisse der Sportklinik Frankfurt, sowie des SMI-Frankfurt (Wechsel des Trägervereins durch die Sportklinik Frankfurt e.V. seit Mai 2016) für Studienzwecke. Dies gilt auch für solche Daten, welche gegebenenfalls durch den Rechtsvorgänger, das Sportmedizinische Institut SMI, vor dem heutigen Datum erhoben worden sind.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....  
(ggf. Erziehungsberechtigte/r)

Persönliche Daten		Erziehungsberechtigter <small>(bei Jugendlichen unter 18 Jahren)</small>	
Name:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geb.-Name:	<input type="text"/>		
Geb.-Datum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Krankenkasse: <input type="text"/>
Straße und Hausnr.:	<input type="text"/>	Straße und Hausnr.:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon-Nr.:	<input type="text"/>	Telefon-Nr.:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>

### Wie haben Sie von uns erfahren?

- Verein/Trainer   
  Vom Verband geschickt worden   
  Freunde/Bekannte   
  Presse  
 Internet   
  Social Media   
  Sonstiges \_\_\_\_\_

### Eigenanamnese

Jetzige Beschwerden:

---

---

---

---

Vorerkrankungen im Bereich Innere Medizin:

---

---

---

---

Operationen:

---

---

---

---

Vorerkrankungen/Verletzungen im Bereich Orthopädie:

---

---

---

---

Operationen:

---

---

---

---

- Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung? .....
- Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit? .....
- Wie viele Zigaretten rauchen Sie täglich? .....

## VEGETATIVE ANAMNESE

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen               | <input type="checkbox"/> Appetitlosigkeit   | <input type="checkbox"/> Allergien                  | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Verdauungsstörungen           | <input type="checkbox"/> Atemnot  | <input type="checkbox"/> Stoffwechselstörungen      |  |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden beim Wasserlassen | <input type="checkbox"/> Gewichtsveränderung von mind. 2 kg in den letzten 4 Wochen | <input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Krankheiten |  |

Anmerkungen des Arztes: .....

.....

.....

## GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

- Alter bei 1. Periode:.....Jahre      Ist die Menstruation regelmäßig      Nein       Ja       alle Tage
- Zeitpunkt der letzten Periode:      vor .....Tagen ,      Wochen ,      Monaten
- Verwenden Sie schwangerschaftsverhütende Mittel?      Nein       Ja       welche?.....
- Ist die Leistungsfähigkeit während der Menstruation herabgesetzt?      Ja       Nein

Anmerkung des Arztes: .....

.....

**LABOR** durchgeführt ?

## SPORTANAMNESE

Sportart:.....      Kaderzugehörigkeit (ggf. ankreuzen):      A-       B-       C-       D-       E       S-Kader

Hauptsportdisziplin(en)?.....      Bei Laufsportarten 10 km-Zeit:.....      Halbmarathon:.....      Marathon:.....

Verein:.....      Name des Trainers:.....

Treiben Sie regelmäßig Sport?      Nein       Ja       Seit wann? .....

Geschieht dies wettkampfmäßig?      Nein       Ja       Seit wann? .....

Trieben Sie früher regelmäßig Sport?      Nein       Ja       Sportart:.....      Von.....      Bis.....

Wie hoch ist der Trainingsumfang pro Woche?      Einheiten:.....      Stunden:.....

Wann war Ihre letzte sportliche Belastung?      ..

In welcher Trainingsphase befinden Sie sich zurzeit?      Vorbereitung       Wettkampf       Übergang       keine

Lagen in den letzten 3 Monaten zusammenhängende Sportpausen vor?      Nein       Ja       Wie viele Tage?

Wie viele Wochen?

Aus welchen Gründen?      berufliche ,      gesundheitliche ,      Urlaub/Ferien ,      sonstige