

ÄPZ in Neumarkt, Drs. Röschl-Heck, Regensburger Str. 109, 92318 Neumarkt

Klinikum Neumarkt
Ärztliches Praxiszentrum Regensburger Straße
Neumarkt
Kardiologie und Allgemeinmedizin
Telefon 09181 50 90 2200
Fax 09181 50 90 2250
Mail: info@praxis-roeschl-heck.de

Fragebogen für den Sportler

Sehr geehrte Patienten und Patientinnen, nachfolgend finden Sie einen Fragebogen, der es uns erleichtern soll, Sie als Neupatient schneller und besser kennenzulernen. Alle Daten werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Wir möchten Sie bitten, diesen Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Bitte bringen Sie alle Ihre Vorbefunde mit.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Alter:

Beruf:

Straße:

PLZ / Ort:

Telefon / Mobilnummer:

E-Mail Adresse:

Krankenkasse:

Größe:cm

Gewicht:kg

1. Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen / Beschwerden?

wenn ja, bitte ankreuzen:

- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Atemnot
- Atemwegserkrankungen
- Blutgerinnungsstörung
- Herzinsuffizienz
- Koronare Herzkrankheit/Angina pectoris
- Herzinfarkt
- Herzrhythmusstörungen
- Herzschrittmacher
- Herzklappenfehler/-ersatz
- Schlaganfall (Apoplex)
- Asthma /COPD
- Diabetes mellitus
- Lebererkrankungen
- Magen-Darm-Erkrankungen
- Nierenerkrankung
- Osteoporose
- Schilddrüsenerkrankungen
- Tumorerkrankungen
- Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Depressionen
- sonstiges:

2. Besteht eine Schwangerschaft ?

ja nein

wenn ja, welche Schwangerschaftswoche ? :

3. Sind Ihnen Allergien bekannt ?

ja nein

wenn ja, welche ? :

4. Erfolgten bei Ihnen bisher Operationen/Krankenhausaufenthalte? ja nein

wenn ja, welche?:.....

5. Sind Ihnen Erkrankungen in der Familie bekannt ? ja nein
(z.B. bei Mutter / Vater / Geschwistern / Großeltern)

- Verstarb ein naher Verwandter unter 50 Jahren an einem Herzinfarkt? ja nein
- Leidet ein Familienmitglied an Diabetes mellitus (Zucker) ? ja nein
- Hatte sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet ? ja nein
- Erlitt ein Familienmitglied an einem Schlaganfall ? ja nein

6. Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren ja nein
(über 2kg) ?

wenn ja, aus welchem Grund?:

7. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen grippalen Infekt /andere akute
Erkrankungen ? ja nein

8. Lebensstil:

- Rauchen Sie ? wenn ja, wie viel ? ja nein
- Leiden Sie an Übergewicht ? ja nein
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol ? wenn ja, wie viel ?..... ja nein
- Essen Sie regelmäßig und ausgewogen? ja nein
- Schlafen Sie ausreichend ? wie lange:..... ja nein
- Treiben Sie Sport ? welchen?:..... ja nein
- Haben Sie viel Stress ? Grund:..... ja nein
- Ernähren Sie sich nach einer speziellen Ernährungsform ? ja nein
(z.B. Low Carb, vegetarisch, vegan) welche?:

10. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ? ja nein

wenn ja, welche? :.....

(gerne bringen Sie auch Ihren Medikationsplan / Aufschreibungen mit.)

14. Sportgeschichte:

Sportart von (Monat/Jahr) bis (Monat/Jahr)	Trainingseinheiten pro Woche	Zeit x pro Trainingseinheit	Regelmäßig/ Unregelmäßig ?

! Bitte bringen Sie den ausgefüllten Bogen zum Untersuchungstag mit !

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Ihr Praxisteam

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift