



Anamnesebogen für Sporttauglichkeitsuntersuchung

Name des Kindes

Name, Vorname

Geb.-Datum

Aktuelle Anamnese

Akute Beschwerden

ja

nein

Wenn ja, welche?

Blässe

ja

nein

Neigung zu blauen Flecken/ starke
Blutung

ja

nein

Rauchen

ja

nein

Schwangerschaft

ja

nein

Allergien

ja

nein

Wenn ja, welche?

Medikamente

ja

nein

Wenn ja, bei welchen?

Sport (Schulsport, Leistungssport)

ja

nein

Wenn ja, welche und wie oft

Vorerkrankungen / Chronische Erkrankungen

Atmungsorgane

ja

nein

Herz- oder Kreislauf

ja

nein

Knochen, Gelenke, Muskulatur

ja

nein

Innere Bauchorgane (Leber, Niere, Darm)

ja

nein

Wenn ja, welche?

Neurologische Erkrankungen

ja

nein

Wenn ja, welche?

Verletzungen/ Operationen

ja

nein

Wenn ja, welche und wann

Andere



Beschwerden in Ruhe

Atemstörung (Atemnot, Blaufärbung der Lippen, etc.)

ja nein _____
Wenn ja, welche?

Herz- oder Kreislaufbeschwerden (Herzrasen, Schwindel, Ohnmacht, Schmerzen in der Brust, Blässe, etc.)

ja nein _____
Wenn ja, welche?

Beschwerden an Knochen, Gelenke, Muskulatur

ja nein _____
Wenn ja, welche?

Andere

Beschwerden bei Belastung/ Sport

Atemstörung (Atemnot, Blaufärbung der Lippen, etc.)

ja nein _____
Wenn ja, welche?

Herz- oder Kreislaufbeschwerden (Herzrasen, Schwindel, Ohnmacht, Schmerzen in der Brust, Blässe, etc.)

ja nein _____
Wenn ja, welche?

Beschwerden an Knochen, Gelenke, Muskulatur

ja nein _____
Wenn ja, welche?

Andere

Beschwerden in der Familie

Atemstörung (Atemnot, Blaufärbung der Lippen, etc.)

ja nein _____
Wenn ja, welche?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. angeborene Herzfehler, plötzlicher Herztod, Herzinfarkt, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen)

ja nein _____
Wenn ja, welche?

Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma etc.)

ja nein _____
Wenn ja, welche?

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

ja nein

Erhöhte Blutfettwerte
(z.B. Hypercholesterinämie)

ja nein _____
Andere