|  |  |
| --- | --- |
| Medizinisches Institut für Leistungsdiagnostik im Sport, 67655 KaiserslauternKarcherstr. 10Telefon: 0631/ 3 18 79 75http:// www.kardiologie-kaiserslautern.deSPORTMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG: GesundheitsfragebogenSportmedizinisches Untersuchungszentrum des Landessportbundes RLP | Dr. med. A. BleckmannArzt für Innere Medizin und Kardiologie,Sportmedizin und Physikalische Therapiee-mail: Dr.Bleckmann@t-online.deUntersuchungstag: 28.03.2022 |
| **Name:** | Krankenkasse: |
| **Vorname:** | Hausarzt: |
| PLZ/ Ort:  | Beruf: |
| Strasse/ Nr.:  | Geburtsdatum:  |
| Tel.: | Körpergröße:  |
| e-mail: | Gewicht:  |
| **Sportanamnese:**  |
| Sportart: seit: Jahren  | Verein:  |
| Trainingstage / Woche:  | Trainer: |
| Trainingsstunden/ Woche:  | Ziele: |
| Kader: größte Erfolge: |
| **Krankengeschichte:**  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Schlafstörungen | ja | nein | Anmerkungen: |
| Verdauungsstörungen |  |  |  |
| Appetitstörungen |  |  |  |
| Gewichtsveränderungen  |  |  | ( mehr als 2 kg in den letzten 4 Wochen) |
| Frauen: Regelstörungen |  |  |  |
| Häufig Kopfschmerzen |  |  |  |
| Tabakkonsum  |  |  | wie viel: wie lange: |
| Alkoholkonsum |  |  |  |
| Brille oder Kontaktlinsen |  |  |  |
| Medikamente: |
|  |
| **Impfungen: Besteht Impfschutz?** | ja | nein | **Bitte beantworten Sie folgende Fragen:** |
| Tetanus (Impfschutz 10 Jahre) |  |  | Hatten Sie mal was am Herz? Nahmen Sie Herz- Lungen- oder Blutdrucktabletten? | ja | nein |
| Covid- 19 (vollständig) |  |  | Hatten Sie in der letzten Zeit Schmerzen in der Brust in Ruhe oder beim Sport? |  |  |
| Grippe (Impfschutz 1 Jahr) |  |  | Hatten Sie Stürze wegen schwerem Schwindel oder Bewusstlosigkeit? |  |  |
| Diphterie (Impfschutz 10 Jahre) |  |  | Haben Sie Atemprobleme in Ruhe oder im Sport? |  |  |
| Hepatitis B (Impfschutz 10 JahreHepatitis A (Impfschutz 10 Jahre) |  |  | Haben Sie Knochen- und Gelenkprobleme, die sich durch Sport verschlechtern könnten? |  |  |
| Kinderlähmung (Polio) (10 Jahre) |  |  | Kennen Sie für sich einen Grund, nicht körperlich aktiv z usein? |  |  |

 |
| **Bekannte Erkrankungen/ Aktuelle Beschwerden:** |
|  |
|  |
|  |
| **Erkrankungen in der Familie:** (Zucker-/ Herz-, Gefäß-, Asthma- Schlaganfall, Krebskrankheiten): |

**Unsere Rechnungen werden bei Privatpatienten nach GOÄ mit dem 2,3 f. Satz abgerechnet. Sollte die Privatversicherung diesen Satz nicht in voller Höhe übernehmen, wird die Differenz vom Patienten getragen. Wir rechnen nur mit dem Patienten ab, nicht mit einer Versicherung, Knappschaft etc.**

**Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und stimme den aushängenden Datenschutzbestimmungen zu.**

 **Datum** 28.03.2022, **Unterschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**