



## SPORTMEDIZINISCHER ANAMNESEBOGEN

(Bogen zur Erfassung der persönlichen Daten, sportlichen Leistungen, durchgemachte oder vorhandene Erkrankungen, Behinderungen)

Bitte **alle** Punkte nach bestem Wissen und Gewissen ausfüllen, **nicht Zutreffendes bitte streichen** oder mit **"nein"** beantworten, ganz unten unterschreiben!

---

### PERSÖNLICHE DATEN::

.....  
Familiename

.....  
Vornamen

Geburtsdatum:  
Adresse:

Geschlecht:

Größe:

Gewicht:

---

### FREIZEITSPORT:

Sportarten:  
Häufigkeit/Woche:  
Umfang/Woche (z.B. Stunden, Kilometer):

---

### LEISTUNGSSPORT:

Hauptsportart: weitere Sportarten:  
Bisherige Bestleistung:  
Aktuelle Saisonbestleistung:  
Bisherige Bestplatzierung:  
Trainingsalter: (wieviele Jahre trainieren Sie in dieser Sportart)  
Trainingseinheiten/Woche:  
Wochengesamttrainingszeit (Stunden/Woche):  
Für Ausdauer (Einheiten u. Umfang/Woche):  
Für Kraft (Einheiten u. Umfang/Woche):

---

### KINDERKRANKHEITEN:

### LETZTE ÜBERPRÜFUNG IMPFSTATUS:

---

### FRÜHERE ERKRANKUNGEN:

Nicht Zutreffendes bitte streichen!

Herz-Kreislauf: .....

Magen, Darm: .....

Lunge, Luftwege: .....

Niere, Harnwege: .....

Drüsen (z.B. Hirnanhangsdrüse, Schilddrüse, Nebennieren, Keimdrüsen): .....

.....

### DERZEITIGE BESCHWERDEN:

Nicht Zutreffendes bitte streichen!

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**FRÜHERE ERKRANKUNGEN**

Nicht Zutreffendes bitte streichen!

Gehirnhautentzündung: .....
Haut- und Geschlechtskrankheiten: .....
Allergien: .....
Hals-Nasen-Ohren: (Mandeln, Nebenhöhlen) .....
Leber: .....
Wirbelsäule: (Verkrümmungen, Gleitwirbel) .....

**Beine:**

Hüftgelenke: (angeborene Fehlstellungen) .....
Kniegelenke: .....
Sprunggelenke: .....
Sonstige: .....

**Arme:**

Schultern: .....
Ellbogen: .....
Handgelenke: .....
Sonstige: .....

**DERZEITIGE BESCHWERDEN**

Nicht Zutreffendes bitte streichen!

**AUGEN:**

Brille: ..... Dioptrien links: .....
Haftschalen: ..... Dioptrien rechts: .....
Das ÖISM übernimmt keinerlei Haftung für Brillen- bzw. Haftschalenräger im Zusammenhang mit der Sportlehrerausbildung, da bei Ausübung bestimmter Sportarten (z.B. Wasserspringen) ein erhöhtes Risiko bestehen kann. Es liegt im Verantwortungsbereich der TeilnehmerInnen vorher eine augenärztliche Überprüfung und Beratung durchführen zu lassen.

**VERLETZUNGEN, sportbedingte:** .....

Nicht sportbedingte Verletzungen: .....

**OPERATIONEN, sportbedingte:** .....

Nicht sportbedingte Operationen: .....

**RISIKOFAKTOREN: (soweit bekannt)**

Erhöhter Cholesterinspiegel: ..... Erhöhter Blutdruck: .....
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit): ..... Plötzliche (Herz-)Todesfälle in der Familie: .....
Zigarettenkonsum: ..... Alkoholkonsum: ..... Sonstige: .....

**BEFINDEN/BESCHWERDEN:**

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: ..... Appetit: .....
Unverträglichkeiten / Allergien: ..... Schlaf: .....
Stuhlgang: ..... Harn: .....
Für Frauen: Alter bei der ersten Monatsblutung: .....
Monatsblutung: ..... Schwangerschaften, Kinder: .....
Für Männer: Bundesheer tauglichkeit: .....

Ich bestätige hiermit, dass ich über die oben angeführte Risiken und meine Eigenverantwortlichkeit aufgeklärt wurde.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Richtigkeit der angegebenen Daten.

Datum: ..... Unterschrift: ..... Erziehungsberechtigte(r) und SportlerIn

Alle in diesem Fragebogen enthaltenen Daten werden vertraulich behandelt und sind nur dem ärztlichen Personal zugänglich!