



SPORTMEDIZINISCHER ANAMNESEBOGEN

(Bogen zur Erfassung der persönlichen Daten, sportlichen Leistungen, durchgemachten Erkrankungen, vorhandenen Behinderungen und Gesundheitsstörungen)

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

PERSÖNLICHE DATEN::

.....
Familiename

.....
Vornamen

Geburtsdatum:
Adresse:

Geschlecht:
Sozialversicherungsnummer:

Größe:

Gewicht:

FREIZEITSPORT:

Sportarten:
Häufigkeit/Woche:

LEISTUNGSSPORT:

Sportart:

früherer Leistungssport:
Sportart:
Bisherige Bestleistung:
Bisherige Bestplatzierung:

Trainingsalter: (wieviele Jahre trainieren Sie in dieser Sportart)
Trainingseinheiten/Woche:
Wochengesamttrainingszeit (Stunden/Woche):
Für Ausdauer: km/Woche:
Für Kraft: Tonnen/Woche:

Bestleistung für: (soweit vorhanden)
Weitsprung:
Hochsprung:
km-Zeit:

Bestzeit für: 100 m:
Bestzeit für: 2000 m:
Bestzeit für: 5000 m:

KINDERKRANKHEITEN:

FRÜHERE ERKRANKUNGEN:

Nicht Zutreffendes bitte streichen!

Herz-Kreislauf:
Magen, Darm:
Lunge, Luftwege:
Niere, Harnwege:
Drüsen, Hirnanhangsdrüse, Schilddrüse, Nebennieren, Keimdrüsen:

DERZEITIGE BESCHWERDEN:

Nicht Zutreffendes bitte streichen!

.....
.....
.....
.....
.....

Nicht Zutreffendes bitte streichen!

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

Nicht Zutreffendes bitte streichen!

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Beine:

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

.....
.....
.....
.....

Arme:

Schultern:
Ellbogen:
Handgelenke:
Sonstige:

.....
.....
.....
.....

AUGEN:

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

Dioptrien rechts:
Dioptrien links:

VERLETZUNGEN, sportbedingte:
Nicht sportbedingte Verletzungen:

OPERATIONEN, sportbedingte:
Nicht sportbedingte Operationen:

RISIKOFAKTOREN: (soweit bekannt)

Erhöhter Cholesterinspiegel:
Sonstige:

Erhöhter Blutdruck:

PERSÖNLICHES BEFINDEN: (allfällige Beschwerden)

Persönliche Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit:
Zigarettenkonsum:
Regelmäßige Medikamenteneinnahme:
Schlaf:
Stuhlgang:

Gut
mangelhaft
Alkoholkonsum:
Appetit:
Harn:

Für Frauen:

Monatsblutung:

Alter bei der ersten Monatsblutung:

Für Männer:

Zahl der Kinder:

Bundesheer-tauglichkeit:

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

Datum:

Unterschrift