Private Praxis für Sportmedizin von Dr. Vincenzo De Nigris

ANAMNESTISCHER UND FAMILIENGESCHICHTLICHER FRAGEBOGEN

Nachname _____Nome_____

Geburtsdatum _____

FRAGEN BEZOGEN AUF FAMILIENMITGLIEDER (ELTERN, GESCHWISTER, GROSSELTERN)

Diabetes:	☐ NEIN	Wenn JA, wer:	☐ Eltern	☐ Geschwister	☐ Großeltern
Bluthochdruck	☐ NEIN	Wenn JA, wer:	☐ Eltern	☐ Geschwister	☐ Großeltern
Plötzlicher Herztod (< 50 Jahre alt):	☐ NEIN	Wenn JA, wer:	☐ Eltern	☐ Geschwister	☐ Großeltern
Ischämische Herzkrankheit oder Herzinfarkt:	☐ NEIN	Wenn JA, wer:	☐ Eltern	☐ Geschwister	☐ Großeltern
Hypercholesterinämie/Hypertriglyzeridämie:	☐ NEIN	Wenn JA, wer:	☐ Eltern	☐ Geschwister	☐ Großeltern

Sonstiges:

_____

ATHLETENFRAGEN ZUM BESUCH

Art der ausgeübten Arbeit:

_____

Wie viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag: ☐ keine ☐ 5/10 ☐ mehr als 10

Medikamentöse Therapien im Gange? ☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja, welche und warum?

_____

Sie leiden oder haben an Krankheiten gelitten wie:

Diabetes:	☐ NEIN	☐ JA
Epilepsie:	☐ NEIN	☐ JA
Bluthochdruck:	☐ NEIN	☐ JA
Herzerkrankungen und/oder Arrhythmien:	☐ NEIN	☐ JA
Allergien/Asthma:	☐ NEIN	☐ JA
Hypercholesterinämie/Hypertriglyzeridämie:	☐ NEIN	☐ JA

Sonstiges:

_____

Durchgeführte Operationen: _____

Schwerwiegende Verletzungen/Frakturen/Kopfverletzungen:

_____

In der Vergangenheit ohnmächtig geworden? ☐ JA ☐ NEIN ☐ Wenn ja, Ruhe ☐ während der Anstrengung

Haben Sie außerhalb dieses Besuchs kardiologische Tests durchgeführt? ☐ NEIN ☐ JA

Wenn ja, welche? (Herzultraschall, Holter, Belastungstest, Magnetresonanztomographie...)

_____

WELCHE SPORTART ÜBST SIE AUS?

_____

WENN SIE SPORT MACHEN, HABEN SIE PLÖTZLICHE BESCHWERDEN, BRUSTSCHMERZEN ODER OHNMÄCHTIGKEIT? ☐ JA ☐ NEIN

HABEN SIE IN DER VERGANGENHEIT BEREITS ANDERE PRÜFUNGEN ZUR WETTBEWERBSFITNESS DURCHGEFÜHRT? ☐ **JA** ☐ **NEIN**

WURDEN SIE WÄHREND DIESER BESUCHE ALS SUSPENDIERT ODER NICHT BERECHTIGT EINGESTUFT? ☐ **JA** ☐ **NEIN**

AUSSAGE

Ich, der Unterzeichnete, erkläre, dass ich den Arzt über die aktuellen psychisch-physischen Zustände und früheren Beschwerden von mir/meinem Sohn informiert habe und dass ich nie für ungeeignet erklärt wurde, noch befindet er sich im Prozess einer Suspendierung oder auf einen Prozess vor einem anderen Zentrum wartet. Darüber hinaus verpflichte ich mich, sicherzustellen, dass er keine als illegal anerkannten Drogen konsumiert, und ich erkenne an, dass ich über die Gefahren informiert bin, die sich mit dem Gebrauch von Tabakrauch, Dopingmitteln und dem Alkoholkonsum ergeben. Ich erkläre außerdem, dass ich allen Anti-Doping-Kontrollen zustimme, die durch die geltende Gesetzgebung erforderlich sind.

Datum: _____

Unterschrift der betreffenden Person (wenn volljährig) _____

Unterschrift des Elternteils (oder Vormmunds) für die minderjährige _____