Merano MEDICAL CENTER

ANAMNESEBOGEN UND FAMILIENANAMNESE

Nachname _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

FRAGEN ZU FAMILIENANGEHÖRIGEN (ELTERN, GESCHWISTER, GROßELTERN)

Diabetes:	☐ NEIN	Wenn ja, wer:	☐ Eltern	☐ Geschwister	☐ Großeltern
Bluthochdruck:	☐ NEIN	Wenn ja, wer:	☐ Eltern	☐ Geschwister	☐ Großeltern
Plötzlicher Herztod in jungem Alter (< 50 J.):	☐ 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: _____

FRAGEN AN DEN SPORTLER / DIE SPORTLERIN

Berufliche Tätigkeit: _____

Rauchen Sie? (Zigaretten/Tag): ☐ keine ☐ 5/10 ☐ >10

Aktuelle medikamentöse Behandlungen? ☐ JA ☐ NEIN

Wenn ja, welche und warum? _____

Leiden Sie oder haben Sie gelitten an:

Diabetes:	☐ NEIN	☐ JA	
Epilepsie:	☐ NEIN	☐ JA	
Bluthochdruck:	☐ NEIN	☐ JA	
Herzkrankheiten/Rhythmusstörungen:	☐ NEIN	☐ JA	
Allergien/Asthma:	☐ NEIN	☐ JA	Wenn ja, welche _____
Hypercholesterinämie / Hypertriglyzeridämie:	☐ NEIN	☐ JA	

Sonstiges: _____

Operative Eingriffe: _____

Relevante Verletzungen / Frakturen / Traumata: _____

Für Frauen: Datum der letzten Menstruation _____

Hatten Sie Ohnmachtsanfälle? ☐ JA ☐ NEIN ☐ in Ruhe ☐ unter Belastung

Kardiologische Untersuchungen außerhalb dieser Visite? ☐ NEIN ☐ JA

Wenn ja, welche? (Herzultraschall, Holter, Belastungstest, MRT...) _____

WELCHE SPORTART ÜBEN SIE AUS? _____ ZUGEHÖRIGER VEREIN _____

TRETEN BEIM SPORT BESCHWERDEN, BRUSTSCHMERZEN ODER OHNMACHTSANFÄLLE AUF? ☐ JA ☐ NEIN

HABEN SIE BEREITS UNTERSUCHUNGEN ZUR SPORTTAUGLICHKEIT DURCHGEFÜHRT? ☐ **JA** ☐ **NEIN**

WURDEN SIE JEMALS SUSPENDIERT ODER FÜR UNTAUGLICH ERKLÄRT? ☐ **JA** ☐ **NEIN**

ERKLÄRUNG

Ich, der/die Unterzeichnende, erkläre, den Arzt über meinen aktuellen Zustand sowie über meine/meines Kindes früheren Erkrankungen informiert zu haben. Ich erkläre ferner, dass ich/mein Kind nie für untauglich erklärt wurde, keine laufenden Suspendierungen vorliegen und kein Urteil eines anderen Zentrums aussteht. Des Weiteren verpflichte ich mich sicherzustellen, dass keine illegalen Drogen konsumiert werden, und bestätige, über die Gefahren von Tabak, Dopingmitteln und Alkohol aufgeklärt worden zu sein. Ich erkläre mich zudem mit etwaigen Anti-Doping-Kontrollen einverstanden.

Datum: _____ Unterschrift (Betroffener oder Elternteil) _____