

HVS Integrativsport Hamburg e.V.
Anamnesefragebogen zur Teilnahme am Sport



Persönliche Angaben

Name: _____ Straße, Hsnr: _____
Vorname: _____ Plz, Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____ Mobil: _____

Fragen zum derzeitigen Gesundheitszustand

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

Herzerkrankungen (z.B. Herzinfarkt, -klappen, -schwäche, -rhythmusstörungen) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein Wenn ja, seit wann? _____

Haben Sie einen Stent? Ja Nein Wenn ja, seit wann? _____

Kreislaufbeschwerden (z.B. Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Blutdruck zu niedrig normal zu hoch

Schilddrüsenfunktionsstörung Ja Nein Wenn ja, Unterfunktion Überfunktion

Erkrankung der Atemwege (z.B. Bronchitis, COPD, Asthma bronchiale, Emphyse) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Allergien (z.B. Hausstaub) Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Diabetes mellitus Ja Nein Wenn ja, tablettentpflichtig insulinpflichtig

Osteoporose Ja Nein

Nierenbeschwerden (z.B. Nierensteine, Entzündung) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Bewegungs-/Koordinationsstörungen, Schwindel Ja Nein

Wenn ja, welche Symptome? _____

Blutungsneigung (z.B. Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen) Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Krebserkrankungen (z.B. Lungen-, Darm- oder Brustkrebs, Leberkarzinom etc.) Ja Nein

Orthopädische Erkrankungen (Bandscheibenvorfall [HWS; LWS], Arthritis/Arthrose) Ja Nein

Haben Sie chronische Schmerzen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wo? _____

Neurologische Erkrankungen (Schlaganfall, MS, Parkinson etc.) Ja Nein

Leiden Sie an anderen, hier nicht aufgeführten Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie einen Gelenkersatz? Ja Nein

Wenn ja, welche und seit wann? _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Hatten Sie in den letzten 10 Jahren Operationen? Ja Nein

Wenn ja, welche und wann? _____

Datum, Unterschrift