

Fragebogen Belastungsuntersuchung

Angaben zur Person

Datum: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____

weiblich männlich

Praxis Dr. med. Sybille Illert

Fachärztin für Innere Medizin
Kardiologie
Sportkardiologie



Erkrankungen in der Familie (Familie bedeutet: Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

- 1 Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt? ja nein
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre
- 2 Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)? ja nein
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre
- 3 Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet? ja nein
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre
Ursache bekannt: ja, welche? _____ nein
- 4 Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- 5 Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten? ja nein
Bei wem? _____ In welchem Alter? _____ Jahre

Eigene frühere Erkrankungen

- 6 Sind Ihnen Kinderkrankheiten bekannt? ja nein
 Masern Mumps Röteln Windpocken
 Scharlach Keuchhusten Sonstige: _____
- 7 Bisherige Operationen ja nein
 Mandeloperation wann? _____
 Blinddarmoperation wann? _____
 Leistenbruchoperation wann? _____
 Sonstige: _____ wann? _____
- 8 Unfälle / Brüche ja nein
Wenn ja, welche / wann? _____

Krankheiten

- 9 Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein vergrößertes Herz? ja nein
Wenn ja, wann? _____
- 10 Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? ja nein
Wenn ja, welche / seit wann? _____
- 11 Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt? ja nein
Wenn ja, welche / seit wann? _____
- 12 Fühlen Sie sich jetzt gesund? ja nein
Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie? _____

Spezielle Fragen

- 13 Hatten Sie in den letzten zwei Jahren:
- Plötzliche Ohnmachten beim Sport (Kollaps)? Wenn ja, wann? _____ ja nein
 - Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? Wenn ja, wann? _____ ja nein
 - Herzschmerzen beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
 - Herzstolpern beim und nach dem Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
 - Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
- 14 Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
 unbekannt
- 15 Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken? ja nein
Wenn ja, wo? _____
- 16 Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung? ja nein
- 17 Bei Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein
- 18 Haben Sie irgendwelche Beschwerden? ja nein
Wenn ja: Schlafstörungen Appetitmangel
 Verstopfung Beschwerden beim Wasserlassen
 Sonstiges _____

- 19 Leiden Sie unter Atembeschwerden? ja nein
 Atemnot Husten Auswurf
- 20 Leiden Sie unter Herzschmerzen (Enge im Brustkorbbereich)? ja nein
- 21 Sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
- 22 Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren (> 2 kg)? ja nein
- 23 Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung? ja nein

Risikofaktoren

- 24 Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren? ja nein
- Rauchen ja nein
 - Übergewicht ja nein
 - Fettstoffwechselstörung ja nein
 - Zuckerkrankheit ja nein
 - Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
- Bier Wein Schnaps Gläser pro Tag Woche? _____

Bisherige Impfungen

- 25 Nur Ihnen **bekannte Impfungen** eintragen. ja nein
- Tetanus, zuletzt am? _____ Tuberkulose
- Masern Keuchhusten _____ Windpocken
- Hepatitis (Leberentzündung): A B Sonstige: _____

Medikamente

- 26 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Vorgeschichte zum Sport

Sportart		von (Jahr)	bis (Jahr)	Trainingseinheiten pro Woche	Zeit pro Trainingseinheit pro Minuten
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				

Datum	Unterschrift
-------	--------------