

Sporttauglichkeitsuntersuchung Hausarztpraxis Dr. Harsch

An der Marienkirche 2, 17033 Neubrandenburg, Tel. 0395-44220106, www.funeubrandenburg.com

Patientendaten:

Name, Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort

Anamnese:

Angaben des Probanden (Vertraulich!)	A.	Medizinische Vorgeschichte – Zutreffendes bitte ankreuzen !
		<input type="checkbox"/> 01. Ausgeübte Sportarten: <input type="checkbox"/> 13. Epilepsie ? <input type="checkbox"/> 25. Bluthochdruck ? <input type="checkbox"/> 02. Sportverletzungen: <input type="checkbox"/> 14. Herzprobleme ? <input type="checkbox"/> 26. Raucher ? <input type="checkbox"/> 03. EKG bereits geschrieben? <input type="checkbox"/> 15. Chronische Erkältung ? <input type="checkbox"/> 27. Alkoholprobleme ? <input type="checkbox"/> 04. Druckausgleichprobleme Ohren <input type="checkbox"/> 16. Häufige Kopfschmerzen ? <input type="checkbox"/> 28. Drogenprobleme ? <input type="checkbox"/> 05. Schwindel oder Ohnmacht ? <input type="checkbox"/> 17. Ärztliche Auflagen ? <input type="checkbox"/> 29. Bewegungsstörung ? <input type="checkbox"/> 06. Kürzliche Operationen ? <input type="checkbox"/> 18. Ohrenprobleme ? <input type="checkbox"/> 30. Platzangst ? <input type="checkbox"/> 07. Kürzliche Erkrankungen ? <input type="checkbox"/> 19. Heuschnupfen ? <input type="checkbox"/> 31. Nervenleiden ? <input type="checkbox"/> 08. Krankenhausaufenthalte ? <input type="checkbox"/> 20. Asthma ? <input type="checkbox"/> 32. Zuckerkrankheit ? <input type="checkbox"/> 09. Ernsthafte Verletzungen ? <input type="checkbox"/> 21. Nebenhöhlenprobleme ? <input type="checkbox"/> 33. Brillenträger ? <input type="checkbox"/> 10. Körperbehinderungen ? <input type="checkbox"/> 22. Tuberkulose ? <input type="checkbox"/> 34. Gehörschäden ? <input type="checkbox"/> 11. Regelm. Medikamenteinnahme <input type="checkbox"/> 23. Atemprobleme ? <input type="checkbox"/> 35. Brustschmerzen ? <input type="checkbox"/> 12. Allergien ? <input type="checkbox"/> 24. Chronischer Husten ? <input type="checkbox"/> 36. Sonstige medizin. Probleme ?
	B.	Ernsthafte Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte (Datum und Art der Erkrankung):
	C.	Ich nehme z. Zt. folgende Medikamente (Art und Dosis):
D.	Letzte ärztliche Untersuchungen (Datum und Art der medizinischen Einrichtung):	

Ich versichere hiermit die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben	
Ort, Datum:	Unterschrift: