|  |  |
| --- | --- |
| MVZ Fachbereich Athleticum  |  |
| Anamnesebogen  |  |

1. Persönliche Daten

|  |  |
| --- | --- |
| **Name**: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | Beruf: |
| Größe: | Gewicht: |
| Telefon: | E-Mail: |
| Möchten Sie den E-Mail-Newsletter des UKE Athleticum abbonieren? | □ ja □ nein |
| Sind Sie Reiter? Wenn ja, interessieren Sie sich für unsere Hepatitis E Studie?  | □ ja □ nein |
| □ Selbstzahler | □ private Versicherung | Name der Versicherung: |
| Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? |  |
| □ Internet | □ Freunde/Bekannte | □ andere: |

2. Aktuelle Beschwerden

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie zurzeit **Beschwerden**? | □ ja □ nein |
| Falls ja, welche, seit wann und bisherige Diagnostik und Therapie:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

3. Medikamente / Nahrungsergänzungsmittel/Hilfsmittel

Wie ernähren Sie sich? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tragen Sie Einlagen?** □ ja □ nein

Wenn ja, wann fand die letzte Einlagenversorgung statt? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name **Präparat** | Einnahme (seit wann) | Dosierung |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

4. Krankenanamnese

|  |
| --- |
| a) Haben Sie eine **chronische Erkrankung** (z.B. Diabetes, Schilddrüsenstörung, Asthma, Krebs, Bluthochdruck)? |
| □ nein □ ja, folgende: |
| b) Bestehen **Allergien** bzw. **Unverträglichkeiten** (z.B. Heuschnupfen, Tierhaare, Medikamente, Lebensmittel)?□ nein □ ja, gegen: |
| c) Welche **Erkrankungen** hatten Sie **früher** (Kinderkrankheiten, Knochenbrüche, **Operationen, wenn ja welcher Monat, welches Jahr**)? |  |
|  |
| d)  | Leiden Sie gehäuft unter **Infekten**? (> 5 grippale Infekte/Magen-Darm-Infekte pro Jahr) | □ ja □ nein |
| e)  | Gibt es Auffälligkeiten bei **Stuhlgang** oder **Wasserlassen**? | □ ja □ nein |
| f)  | **Schlafen** Sie normal? | □ ja □ nein |
| g)  | Ist Ihr **Gewicht** konstant? | □ ja □ nein |
| h)  | Ist Ihr **Impfstatus** aktuell? | □ ja □ nein |
| 1.
 | **Rauchen** Sie? □ nein □ ja, seit \_\_\_\_ Jahren, aktuell ca. \_\_\_\_ Zigaretten pro Tag  |  |
| j)  | Trinken Sie **Alkohol**? □ nein □ selten □ gelegentlich □ häufig □ täglich |  |
| k) | Haben Sie bereits **Vorsorge-/Sportmedizinische Untersuchungen** wahrgenommen? |  |
|  | □ nein □ ja, wo und wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| l) | Sind bei **Großeltern, Eltern oder Geschwistern** folgende Erkrankungen aufgetreten: Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Herzinfarkt, Gehirnschlag, Diabetes mellitus, Rheuma, Gicht, Krebserkrankungen, genetische Krankheiten□ nein □ ja: bei wem und welche Erkrankung?   |
|

|  |
| --- |
| 5. Sportliche Betätigung  |
| **Sportart** | Zeitraum(seit wann) | Trainingseinheitenpro Woche | Trainingsstundenpro Woche | Wettkämpfe(ja/nein) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| 6. Nur für Frauen  |
| a) Erste/letzte **Regelblutung** im Alter von: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahrenb) **Verhütungsmethode**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zyklus: □ regelmäßig □ unregelmäßig Zyklusdauer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| c)Anzahl **Schwangerschaften***:* \_\_\_\_\_\_\_\_ Anzahl **Kinder**: ­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_  |  |