Angaben zur Person **Datum:** _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____

❍ weiblich ❍ männlich

KARDIOLOGIE
Gemeinschafts-Praxis · Kassel

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: ❍ Schafstörungen ❍ Appetitmangel

❍ Verstopfung ❍ Beschwerden beim Wasserlassen
❍ Sonstiges _____

19 Leiden Sie unter Atembeschwerden? ❍ ja ❍ nein
❍ Atemnot ❍ Husten ❍ Auswurf ❍Asthma bronchiale

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?
- 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 ❍ C ❍ 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
	❍ regelmäßig ❍ unregelmäßig				
	❍ regelmäßig ❍ unregelmäßig				
	❍ regelmäßig ❍ unregelmäßig				
	❍ regelmäßig ❍ unregelmäßig				
	❍ regelmäßig ❍ unregelmäßig				

27 In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich?
❍ Vorbereitung ❍ Wettkampf ❍ Übergangsperiode

28 Sind Sie selber?
❍ Trainer ❍ Übungsleiter ❍ Sportlehrer

29 Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen? ❍ ja ❍ nein
Wenn ja, warum? _____

Bestleistungen

Disziplin	Leistung	Platzierung	Jahr