



# Zentrum für Präventivmedizin & Leistungsdiagnostik

Die Durchführung einer Leistungsdiagnostik ohne Belastungs-EKG und/oder Aufsicht eines Arztes setzt voraus, dass Sie vollkommen gesund sind. Bitte füllen Sie daher den folgenden Anamnesebogen sorgfältig und wahrheitsgemäß aus. Insbesondere bei Vorerkrankungen des Herz-Kreislaufsystems oder Vorliegen von Risikofaktoren für eine Herz-Kreislauferkrankung kann es unter Belastung zu Herzrhythmusstörungen oder anderen akut auftretenden Erkrankungen kommen, die in seltenen Fällen auch lebensbedrohlich sein können. Kommt es zu einer akuten Erkrankung, so kann diese mit Belastungs-EKG und/oder Aufsicht eines Arztes schneller und besser therapiert werden.

## ANAMNESEBOGEN

Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Blutdruck (letzter gemessener): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Chronische Erkrankungen/Risikofaktoren:

Krankheit		Jahr	Beschreibung
Asthma	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
Artherosklerose	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
Sonstige chronische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____
orthopädische Schäden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	_____	_____

## Aktuelle Anamnese

### Haben bzw. hatten Sie in der Letzten Zeit folgende Beschwerden?

(Bitte ankreuzen; wenn ja, bitte kurz beschreiben)

#### Beschreibung (wie stark, wie oft)

Aktuelle  
Beschwerden  **Nein**  **Ja** \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden  
beim Sport  **Nein**  **Ja** \_\_\_\_\_

Fieber (in den  
letzten Wochen)  **Nein**  **Ja** \_\_\_\_\_

## Medikamente

### Nehmen Sie irgendwelche Medikamente (bitte ankreuzen)?

**Nein**  **Ja**

#### Wenn ja, bitte ausfüllen:

Seit wann (Monat/Jahr)?	Medikament	Grund	Dosierung
1.			
2.			

## Allergien

### Leiden Sie unter irgendwelchen Allergien?

**Nein**  **Ja**

#### Wenn ja, bitte ausfüllen:

Seit wann? (Jahr)	Wogegen sind Sie allergisch?	Wie äußert sich die Allergie?	Wie hoch ist der Schweregrad der Allergie?	Welche Medikamente nehmen Sie deshalb ein?

**Sportanamnese:**

**Welche Sportarten betreiben Sie zur Zeit und im welchem Umfang?**

Sportart	Seit wann (Jahr)?	Wie oft pro Woche?	Wieviele Stunden pro Woche?
1.			
2.			

**Ich habe die genannten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und wünsche die Durchführung einer Leistungsdiagnostik ohne Belastungs-EKG und/oder Anwesenheit eines Arztes.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_