



Datum: ____ . ____ . ____

Liebe SportlerInnen und PatientenInnen!

Um Sie in unserer Praxis ganzheitlich beraten bzw. behandeln zu können, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Bei Unsicherheiten übergehen Sie einfach den Punkt.

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: ____ . ____ . ____

Telefon/privat: _____ dienstlich: _____ Beruf: _____

Welche Beschwerden/Gründe führen Sie zu uns?:

Stattgehabte Kinderkrankheiten? (bitte ankreuzen)

Masern <input type="checkbox"/>	Mumps <input type="checkbox"/>	Röteln <input type="checkbox"/>	Keuchhusten <input type="checkbox"/>
Windpocken <input type="checkbox"/>	Scharlach <input type="checkbox"/>	Diphtherie <input type="checkbox"/>	Andere: _____

Letzte Impfung? (Monat/Jahr)

Diphtherie: ____ . ____	Tetanus: ____ . ____	Hepatitis A/B: ____ . ____	Grippe: ____ . ____
Polio: ____ . ____	Röteln: ____ . ____	Pneumokokken: ____ . ____	FSME: ____ . ____
Masern: ____ . ____	Mumps: ____ . ____		

Aktuelle oder überstandene Erkrankungen	Bitte ankreuzen		Wenn ja, seit wann – welche - was
	nein	ja	
angeborene Erkrankungen			
Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamente, Umweltstoffe)			
krankhaft erhöhte Blutwerte (z.B. Zucker, Cholesterin, Leberwerte)			
Lungenerkrankungen			
Magen-, Darm-Erkrankungen			Bitte wenden!
Leber-, Gallen-, Bauchspeicheldrüsen-Erkrankungen			
Herz-, Kreislauf-Erkrankungen			
hoher oder niedriger Blutdruck			
Erkrankungen der Blutgefäße			
Nieren-, Harn-, Prostata-Erkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			



weitere Angaben	Bitte ankreuzen		Wenn ja, seit wann – welche - was
	nein	ja	
Nerven-, Gemüts-, Neurologische-Erkrankungen			
orthopädische Erkrankungen / Rheuma			
Hauterkrankungen / Augen / HNO			
Operationen			
häufige Infekte / Fieber			
Herz-, Kreislauf-Beschwerden			
Atembeschwerden			
Kopfschmerzen			
Schlafstörungen			
Verdauungsprobleme			
Appetitlosigkeit			
Ungewöhnliche Gewichtszu-/abnahme			
Nachtschweiß			
Beschwerden beim Wasserlassen			
Medikamente			
Rauchen			
Alkohol			
Erkrankungen / Todesfälle in der Familie			

Gynäkologische Vorgeschichte:

Wann begann die erste Regelblutung? _____

Der Zyklus ist regelmäßig / unregelmäßig - mit / ohne Zwischenblutungen

Die Blutungsstärke ist gering / normal / auffällig stark - aktuell: Regel ja / nein

Sportanamnese:

Seit wie viel Jahren treiben Sie Sport? _____

Disziplin(en): _____

Trainingsleistungen / Woche (Stunden): _____ Kilometer: _____

Ausgleichssport: _____ letztes Training: ____.

Stress seit wann? _____

Ursache: _____

Stressdiagnostik durchgeführt: ja nein