

**Medizinisches Institut für
Leistungsdiagnostik im
Sport,**

67655 Kaiserslautern
Kärcherstr. 10
Telefon: 0631/ 3 18 79 75
[http:// www.kardiologie-
kaiserslautern.de](http://www.kardiologie-
kaiserslautern.de)



**Sportmedizinisches
Untersuchungszentrum des Landessportbundes RLP**

Dr. med. A. Bleckmann
Arzt für Innere Medizin und Kardiologie,
Sportmedizin und Physikalische Therapie
e-mail: Dr.Bleckmann@t-online.de

Untersuchungstag:

Name:

Krankenkasse:

Vorname:

Hausarzt:

PLZ/ Ort:

Beruf:

Strasse/ Nr.:

Geburtsdatum:

Tel.:

Körpergröße:

e-mail:

Gewicht:

Sportanamnese:

Sportart: _____ seit: _____ Jahren

Verein: _____

Trainingstage / Woche:

Trainer: _____

Trainingsstunden/ Woche:

Ziele: _____

Kader: _____ größte Erfolge: _____

Krankengeschichte:

	ja	nein	Anmerkungen:
Schlafstörungen			
Verdauungsstörungen			
Appetitstörungen			
Gewichtsveränderungen			(mehr als 2 kg in den letzten 4 Wochen)
Frauen: Regelstörungen			
Häufig Kopfschmerzen			
Tabakkonsum			wie viel: _____ wie lange: _____
Alkoholkonsum			
Brille oder Kontaktlinsen			
Medikamente:			

Impfungen: Besteht Impfschutz?

	ja	nein	Bitte beantworten Sie folgende Fragen:		
Tetanus (Impfschutz 10 Jahre)			Hatten Sie mal was am Herz? Nahmen Sie Herz- Lungen- oder Blutdrucktabletten?	ja	nein
Kinderlähmung (Polio) (10 Jahre)			Hatten Sie in der letzten Zeit Schmerzen in der Brust in Ruhe oder beim Sport?		
Grippe (Impfschutz 1 Jahr)			Hatten Sie Stürze wegen schwerem Schwindel oder Bewusstlosigkeit?		
Diphtherie (Impfschutz 10 Jahre)			Haben Sie Atemprobleme in Ruhe oder im Sport?		
Hepatitis B (Impfschutz 10 Jahre)			Haben Sie Knochen- und Gelenkprobleme, die sich durch Sport verschlechtern könnten?		
Hepatitis A (Impfschutz 10 Jahre)			Kennen Sie für sich einen Grund nicht körperlich aktiv zu sein ?		

Bekannte Erkrankungen/ Aktuelle Beschwerden:

Erkrankungen in der Familie: (Zucker-/ Herz-, Gefäß-, Asthma- Schlaganfall, Krebskrankheiten):

Besondere Fragen an den Sportarzt:

Unsere Rechnungen werden bei Privatpatienten nach GOÄ mit dem 2,3 f. Satz abgerechnet. Sollte die Privatversicherung diesen Satz nicht in voller Höhe übernehmen, wird die Differenz vom Patienten getragen.

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und stimme den aushängenden Datenschutzbestimmungen zu.

Datum: _____

Unterschrift: _____