



– IPUS –
**Sportmedizinische Ambulanz
 Praxis Prof. Dr. Dr. H.-H. Vater**
 FA für Allgemeinmedizin
 Notfallmedizin, Sportmedizin, Ernährungsmedizin, Chirotherapie
 Psychosomat. Grundversorgung
 Diplom-Sportlehrer
 Staatlich geprüfter Skilehrer

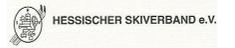
Honorarprofessor Sportmedizin
**UNIKASSEL
 VERSITÄT**



Verbandsarzt Deutscher Behinderten Sportverband - DBS
 Powerlifting und Rollstuhlrugby



Verbandsarzt Hessischer Ski-Verband - HSV



Teamarzt
 Bikes in Motion & Bund Deutscher Radfahrer – BDR
 Trial – Nationalmannschaft



Stützpunktarzt Hessischer Leichtathletikverband D/E-Kader



Mannschaftsarzt Kassel Huskies



Empfohlener Untersucher
 Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention DGSP
 (Dt. Sportärzteverband) e.V.



Empfohlene Untersuchungsstelle
 „Sport pro Gesundheit“
 Deutscher Olympischer Sport-Bund DOSB



Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Bekannte Erkrankungen/Diagnosen, Behandlungsbedürftigkeit, Medikamenteneinnahme für:

Erkrankung:	Behandlung:		Medikamente:	
	regelmäßig	bei Beschwerden	regelmäßig	bei Beschwerden
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamenteneinnahme dauerhaft:

Name des Medikamentes	Stärke (ml/mg/µg)	Einnahmezeitpunkt			
		morgens	mittags	abends	nachts
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamenteneinnahme zur Blutverdünnung / Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit:

Name des Medikamentes	Stärke (ml/mg/µg)	Einnahmezeitpunkt			
		morgens	mittags	abends	nachts
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamenteneinnahme bei Bedarf / bei Beschwerden:

Name des Medikamentes	Stärke (ml/mg/µg)	Einnahmezeitpunkt			
		morgens	mittags	abends	nachts
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nahrungsergänzungsmittel:

Name des Präparates	Stärke (ml/mg/µg)	Einnahmezeitpunkt			
		morgens	mittags	abends	nachts
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Untersuchungstermin: _____

Uhrzeit: _____ Uhr

Angaben zur Person:

Name:	
Vorname:	
Geboren am:	
Beruf:	

Wohnhaft:

Straße:	
PLZ:	
Ort:	

Erreichbarkeit:

Telefon:	
Mobil :	
Email :	

Hausarzt :

Name:	
PLZ und Ort:	

Krankenkasse:

Verein:	
---------	--

Alter	Größe	Gewicht
Jahre	cm	kg

Angaben zu sportlicher Betätigung:

Primärsportart	
Ergänzungssportarten	



Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Kinderkrankheiten: nicht erinnerlich ja
 Keuchhusten Masern Röteln Mumps
 Scharlach Windpocken
 Sonstige , welche? _____

Allergien: keine bekannt bekannt **Allergiepass:** ja nein
 Blütenpollen Nahrungsmittel Duftstoffe/Kosmetika
 Laugen/Seife/Duschgels Klebstoffe/Pflaster Insektengifte
 Medikamente Sonstiges

Bei bekannten Allergien **welche Allergene?:** _____

Impfschutz: nach der Empfehlung der ständigen Impfkommission (StiKo) der Bundesrepublik Deutschland vollständig?: ja weis nicht nein
 Impfausweis vorhanden?: ja weis nicht nein

Raucher/-In: ja nein **Exraucher/-In:** ja nein
 Wenn **ja:** Was? _____ Wie viele/Tag? _____

Anfallsleiden: ja nein nicht bekannt
 Wenn **ja:** Welches? _____ Wie viele Anfälle/Jahr? _____

Erkrankungen der Augen: ja nein nicht bekannt
 Wenn **ja:**
 Kurzsichtigkeit Weitsichtigkeit Altersweitsichtigkeit
 Grauer Star Grüner Star Schielen

Wenn **ja:** Korrektur der Sehschärfe (Visuskorrektur): ja nein
 Wenn **ja:** mit Brille mit Kontaktlinsen

Bei Sportlerinnen/Gesundheitssportlerinnen:
 Regelmäßige Frauenärztliche Konsultationen? ja nein

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: ja nein nicht bekannt

Akute Erkrankung: ja nein Körpertemperatur erhöht/Fieber: ja nein
 Wenn **ja:** Halsschmerzen Körpertemperatur: _____ °C
 Ohrenscherzen
 Schmerzhaft verdickte Lymphknoten

Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

Spezielle Fragen:
 Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? nein
 ja Seit wann? _____
 Fühlen Sie sich gegenwärtig gesund? nein
 ja Welche Beschwerden haben Sie? _____
 Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Ohnmachten/Kollapse beim Sport? nein
 ja Wann? Wobei? _____
 Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Bewusstlosigkeit/Schwindel beim Sport? nein
 ja Wann? Wobei? _____
 Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Herzschmerzen beim Sport? nein
 ja Wann? Wobei? _____
 Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Herzstolpern nach dem Sport? nein
 ja Wann? Wobei? _____
 Hatten Sie in den letzten 2 Jahren ungewöhnliche Luftnot beim Sport? nein
 ja Wann? Wobei? _____
 Fühlen/Spüren Sie in den letzten 2 Jahren Unsicherheiten beim Sport? nein
 ja Wann? Wobei? _____

Vegetative Krankheitsgeschichte (Vegetative Anamnese):

Schlafverhalten: unauffällig Schlafstörungen
 Wenn **ja:** Einschlafstörungen Durchschlafstörungen
 Nächtliches Schnarchen

Urinausscheidung: unauffällig problematisch
 Wenn **ja:** Häufiges Wasserlassen mit jeweils kleinen Mengen
 Brennen in der Harnröhre beim Wasserlassen
 Schmerzen beim Wasserlassen
 Dunkel verfärbter Urin
 Nächtliches Wasserlassen Wie viel mal/Nacht? _____

Stuhlgang: unauffällig problematisch
 Wenn **ja:** Stuhlgang wässrig
 Stuhlgang weich, breiig
 Stuhlgang hart
 Stuhlfärbung aufgehellt
 Stuhlfärbung dunkelbraun-schwarz

Datum: _____ Ort: _____ Unterschrift: _____