



Liebe Eltern, liebe Jugendliche,  
 bitte füllen Sie die Fragen gewissenhaft aus und bringen diesen Anamnesebogen  
 zum vereinbarten Termin mit.

## **Sportmedizinischer Anamnesebogen für Kinder und Jugendliche**

Name des Kindes:.....geb. am:.....

### **Anamnese des Kindes**

|     | Bestehen oder bestanden folgende Krankheiten bei Ihrem Kind? | Ja                       | Nein                     |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1.  | Asthma bronchiale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2.  | andere Lungenerkrankungen                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, welche:   |                          |                          |
| 3.  | Herzerkrankungen/bek. Herzfehler                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, welche:   |                          |                          |
| 4.  | Bluthochdruck  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.  | Fettstoffwechselstörungen                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.  | Schilddrüsenerkrankungen                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.  | Diabetes mellitus  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.  | Darmerkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.  | Nierenerkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | verzögerte Entwicklung                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Anfallsleiden  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Migräne  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|     |  |                          |                          |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 13. | Orthopädische Erkrankungen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, welche:   |                          |                          |
| 14. | Hautkrankheiten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, welche:   |                          |                          |
| 15. | Erkrankungen der Sinnesorgane  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, welche:   |                          |                          |
| 16. | Sind eine Brille und/oder Kontaktlinsen vorhanden?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. | Erfolgt aktuell eine zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlung oder ist dies geplant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. | Operationen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, was   |                          | wann                     |
| 19. | Verletzungen/Unfälle/Knochenbrüche   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, was   |                          | wann                     |
| 20. | Krankenhausaufenthalte   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, warum   |                          | wann                     |
| 21. | Allergien  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, welche:   |                          |                          |
| 22. | Medikamente  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, welche:   |                          |                          |
| 23. | Andere Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|     | wenn ja, welche:   |                          |                          |
| 24. | Ernährungsgewohnheiten:  |                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Mischkost   |                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Vegetarisch   |                          |                          |
|     | <input type="checkbox"/> Vegan   |                          |                          |
| 27. | Gab es innerhalb des letzten Jahres deutliche Gewichtsschwankungen?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



|            |  |                          |                          |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>28.</b> | Gibt es eine Mitbehandlung bei einem anderem Arzt?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | wenn ja, welche Fachrichtung:  | warum:                   |                          |
| <b>29.</b> | Bestand in den letzten 3 Monaten eine Schulbefreiung auf Grund einer Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | wenn ja, weswegen:   | wie lange:               |                          |
|            | Für weibliche Jugendliche:   |                          |                          |
| <b>30.</b> | regelmäßige Periode  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|            | seit welchem Lebensjahr:   |                          |                          |
| <b>31.</b> | wird die Pille eingenommen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Familienanamnese (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern):**

|            | Sind in der Familie folgende Erkrankungen bekannt? | Ja                       | Nein                     |
|------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>1.</b>  | plötzlicher Todesfall, bes. vor dem 65. Lebensjahr | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>2.</b>  | Herzerkrankungen                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3.</b>  | hypertrophe Kardiomyopathie                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>4.</b>  | Bluthochdruck                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>5.</b>  | Herzinfarkt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6.</b>  | Schlaganfall                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>7.</b>  | Marfan-Syndrom                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8.</b>  | gehäufte Thrombosen                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9.</b>  | Allergien  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10.</b> | Diabetes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11.</b> | Fettstoffwechselstörung                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>12.</b> | andere Erkrankungen, welche:                       |                          |                          |

