

PATIENTENETIKETT



## Anamnese

**Datum:**

**Name:**

**Geburtsdatum:**

**1. Was ist der Grund Ihres aktuellen Besuches?**

Sportneueinstieg

Sportwiedereinstieg

regelmäßige Sportaktivität

**2. Trainings- und Aktivitätsanamnese**

Bitte füllen Sie die Tabelle auch aus, wenn Sie keinen Sport treiben. Zumindest die Angabe von Aktivitäten im Alltag sollte erfolgen, eine Angabe zu Gehbelastungen von über 5 Minuten Dauer ist vorgegeben (siehe auch beispielhaft ausgefüllte Tabelle). Beachten Sie beim Ausfüllen der Tabelle folgendes: Gefragt wird nach dem durchschnittlichen Aktivitätsverhalten im **Zeitraum der letzten drei Monate**. Differenzieren Sie zwischen Trainings- und Alltagsaktivitäten, geben Sie für jede Aktivität auch die dabei empfundene Belastungsintensität (L: Leicht, M: Moderat, I: Intensiv) an (siehe auch Fußnote Tabelle). Wird im Rahmen eines gemischten Trainings (z.B. im Fitnessstudio, beim Krafttraining) mit Ausdauerbelastungen auf-/abgewärmt, bitte in letzter vorgemerkerter Zeile Wochenumfang in Minuten angeben.

Sportart/Trainingsform	Anzahl Trainingseinheiten pro Woche	Gesamtumfang pro Woche in Minuten	Belastungsintensität*	Seit wann? (Jahr)
Ausdauerbelastung zum Auf-/Abwärmen im Rahmen eines o.g. Trainings				
Körperliche Aktivität im Alltag	Häufigkeit pro Woche	Gesamtumfang pro Woche in Minuten	Belastungsintensität	
Gehen länger als 5 Minuten				
Sitzzeit im Beruf				
Sitzzeit im Alltag				

\*Belastungsintensitäten:

- Leicht (L):** ruhige Atmung, kaum Schwitzen (z.B. ruhiges Gehen in der Ebene)
- Moderat (M):** beginnend gesteigerte Atmung, flüssiges Reden noch möglich, etwas Schwitzen (z.B. zügiges Walking, lockeres Joggen, Radfahren i.d. Ebene, langsames Schwimmen, mittelschwere Gartenarbeit)
- Intensiv (I):** stärker gesteigerte Atmung, reden nur noch eingeschränkt möglich, stärkeres Schwitzen (z.B. Dauerlauf, Intervalltraining, zügiges Radfahren und/oder in profiliertem Gelände, Spilsport wie Tennis oder Fußball, schwere Gartenarbeit)

2.1 Wann wurde das letzte Mal trainiert?

Heute       Gestern       vor 2 Tagen       vor > 2 Tagen

2.2 Wenn Sie Sport treiben, wo würden Sie sich einordnen?

Freizeitsport       ambitionierter Breitensport       Leistungssport

**Freizeitsport** beschreibt sportliche Aktivitäten ohne oder mit nur geringem Leistungsaspekt und/oder gesundheitssportliches Training;

**ambitionierter Breitensport** beschreibt sportliches Training mit dem Ziel der Leistungsverbesserung und die zumindest gelegentliche Durchführung wettkampftartiger Belastungen;

**Leistungssport** entspricht einer i.d.R. täglichen Trainingsdurchführung, der klaren Fokussierung auf den Wettkampferfolg und der Organisation in einem Verein bzw. Sportverband.

2.3 Haben Sie früher ambitionierten Sport mit Wettkampfteilnahme betrieben?

ja     nein      wenn ja:     Breitensport       Leistungssport

Bis zu welchem Alter? \_\_\_\_ Jahre      Niveau (z.B. Bundesliga, Kader)? \_\_\_\_\_

3. Haben Sie aktuelle Beschwerden?       ja     nein

3.1 Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

3.2 Treten Beschwerden speziell bei körperlicher Belastung / beim Sport auf?       ja     nein

3.3. Wenn ja, welche Beschwerden bemerken Sie dabei? \_\_\_\_\_

3.4 Waren Sie schon einmal wegen den oben genannten Beschwerden zur Untersuchung und/oder Behandlung?

ja     nein

3.5 Bestand in den letzten 2 Wochen ein Infekt / eine Erkältung?

ja, ohne Fieber       ja, mit Fieber       nein

#### 4. Vegetative Anamnese

**Appetit**       normal       vermindert/reduziert       erhöht/gesteigert“  
 Heißhungerattacken

**Kostform**       Mischkost       ovolakto-vegetarisch<sup>1</sup>       vegetarisch       vegan  
(mehrere möglich)

Sonstige Kostformen     ja     nein      Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wie oft essen Sie Obst? \_\_\_\_\_/Tag

Wie oft essen Sie Gemüse? \_\_\_\_\_/Tag

Wie oft essen Sie Vollkornprodukte (z.B. Brot, Nudeln, Müsli)? \_\_\_\_\_/Tag

**Gewicht**       konstant       Abnahme\*       Zunahme\*

\*um \_\_\_\_ kg in \_\_\_\_ Monaten

**Stuhlgang**       normal       Durchfall       Verstopfung       Blutbeimengungen       Teerstuhl

**Wasserlassen**     normal       nachts      Wenn nachts, wie häufig? \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Verzehr von Eiern, Milchprodukten, nicht aber Fisch und Fleisch

**Nikotin**     ja             nein             früher

wenn ja:            \_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag  
wenn früher:        \_\_\_\_\_ Zigaretten / Tag, über welchen Zeitraum / bis wann: \_\_\_\_\_

**Alkohol**         Nie     selten             gelegentlich     regelmäßig,  
Menge \_\_\_\_\_/Woche

**Schlaf**             gut             Einschlafstörungen     Durchschlafstörungen  
 Schnarchen  
durchschnittliche Schlafdauer: \_\_\_\_\_ Stunden / Tag

**Allergien**         nein             ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Für Frauen:**

**Menstruation**    erstmalig im Alter von: \_\_\_\_\_    regelmäßig:     ja     nein     Menopause

---

**Medikamente**     nein             ja

Wenn ja, welche Medikamente (Name) und Dosierung (morgens, mittags, abends)?

Medikament (Name)	Dosis	morgens	mittags	abends

**Nahrungsergänzungsmittel**     nein     ja    Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**5. Bei Ihnen bekannte Vorerkrankungen / Diagnosen**

	nein	ja	(seit) wann?	Welche Diagnose?
Herzerkrankungen				
Gefäßerkrankungen (z.B. Schlaganfall, Thrombose)				
Lunge (z.B. Asthma, COPD, Lungenembolie)				
Bluthochdruck				
Krebserkrankung				
Diabetes (Zuckerkrankheit)				falls ja <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
Erhöhte Blutfettwerte (z.B. Cholesterin, Neutralfette)				
Schilddrüsenerkrankung				
Sonstiges				

**6. Erkrankungen in der Familie**

	nein	ja	Welche (und bei wem in der Familie, Erkrankungsalter)?
Herzinfarkt – vor dem 60. Lebensjahr			
– nach dem 60. Lebensjahr			
Plötzlicher Herztod			
Bluthochdruck			
Weitere Herzerkrankung			
Gefäßerkrankungen (z.B. Schlaganfall, Thrombose)			
Diabetes (Zuckerkrankheit)			falls ja <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2
Krebserkrankungen (z.B. Darm-, Brustkrebs)			
Lungenerkrankungen (z.B. Asthma, COPD)			
Erhöhung der Blutfette (z.B. Cholesterin, Neutralfette)			
Sonstige Erkrankungen (z.B. Schilddrüse)			
Epilepsie / Anfallsleiden			
Wiederholte Bewusstlosigkeit			
Marfan-Syndrom			
Weitere			

### Bewegungsapparat

6.1 Haben Sie aktuell Beschwerden oder eine Verletzung im Bereich des Bewegungsapparats?

nein  ja

---



---

6.2 Traten früher Beschwerden oder Verletzungen im Bereich des Bewegungsapparats (z. B. Knochenbruch) auf, die zur Einschränkung der körperlichen Aktivität geführt haben?

nein  ja

---



---

6.3 Wurden ärztliche oder physiotherapeutische Behandlungen (inklusive Hilfsmittel) zur Behandlung der die körperliche Aktivität einschränkenden Belastungen verordnet?

nein  ja

---



---

6.4 Wurden operative Eingriffe am Bewegungsapparat (z. B. am Meniskus) vorgenommen?

nein  ja

---



---

## 7. Vorsorgeuntersuchungen

	zuletzt (Monat/Jahr)	auffälliger Befund (ja/nein) Wenn ja, Diagnose?
Darmspiegelung/Stuhltest		
bei Frauen: Gynäkologie		
bei Männern: Urologie/Hausarzt bzw. Hausärztin		
Hautkrebsscreening		
Zahnarzt/Zahnärztin		
Impfstatus		

## 8. Präventionsprogramme

8.1 Nehmen Sie an Bewegungs-/Präventionsangeboten teil?

nein       ja, welche?/was?

---

---

8.2 Führen Sie Präventionstraining durch (z.B. eigenständiges Training zur Vorbeugung von Verletzungen, FIFA11+)?

nein       ja, welche?/was?

---

---

## 9. Soziale Anamnese

Schichtdienst  nein  ja

Wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Std./Woche

Betreuungsaufgaben (z.B. Kinder, Pflege)  nein  ja

Unterschrift (untersuchte Person): \_\_\_\_\_

Notizen (Ärztin/Arzt):

Datum:

Unterschrift (Ärztin/Arzt):

**Versionsnummer: 1.0**

**Erstveröffentlichung: 04/2024**

**Nächste Überprüfung geplant: 03/2029**

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**