

SPORTMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNGSSTELLEN IN HESSEN

SPORTMEDIZINISCHER ANAMNESE- UND UNTERSUCHUNGSBOGEN

Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung. Dieses schließt das Einverständnis zur Speicherung der erhobenen Daten an der sportärztlichen Hauptberatungsstelle des Landes Hessen und zur Nutzung dieser Daten zu wissenschaftlichen Zwecken ein. Bei der Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken sind meine Daten so zu verändern, daß kein Bezug zwischen ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die ärztlichen und wissenschaftlichen Mitarbeiter des Institutes sowie die von mir genannten Trainer, Haus- und Sportärzte. Die Weitergaben meiner personenbezogenen Daten durch diesen Benutzerkreis bedarf meiner schriftlichen Genehmigung, § 15, Abs. 2 HDSG.

Name:

Ort, Datum:

Unterschrift:
(ggf. Erziehungsberechtigte/r)

Persönliche Daten		Erziehungsberechtigter (bei Jugendlichen unter 18 Jahren)	
Name:	Name:	Name:	Name:
Vorname:	Vorname:	Straße:	Straße:
Geb.-Name:	Geb.-Name:	Ort:	Ort:
Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Hausarzt Name: _____ Straße: _____ PLZ / Ort: _____ _____ _____	
Beruf:	Beruf:	Name: _____	
Straße:	Straße:	Straße: _____	
PLZ / Ort:	PLZ / Ort:	PLZ / Ort: _____	
Telefon:	Telefon:	Telefon: _____	

Eigenanamnese
Vorerkrankungen im Bereich der inneren Organe/Herz-Kreislauf:
Vorerkrankungen/Verletzungen im Bereich des Haltungs- u. Bewegungsapparates:
Allergien:
Anmerkungen des Arztes:

- Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?
- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit?
- Wieviele Zigaretten rauchen Sie täglich?
- Trinken Sie Alkohol / wieviel?