

VEGETATIVE ANAMNESE

- Schlafstörungen
- Appetitlosigkeit
- Verdauungsstörungen
- Kopfschmerzen
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Gewichtsveränderung von mind. 2 kg in den letzten 4 Wochen
- Beschwerden / Störungen der Menses / Periodenblutung

Anmerkungen des Arztes:

FAMILIENANAMNESE

- Herz-Kreislaufkrankheiten
- Stoffwechselstörungen
- Neuromuskuläre Krankheiten

Anmerkungen des Arztes:

Sportart:

Kaderzugehörigkeit (ggf. ankreuzen): A- B- C- D-Kader

Verein:

Name des Trainers:

SPORTANAMNESE

Monat / Jahr

- Treiben Sie regelmäßig Sport?: Nein Ja Seit wann?
- Treiben Sie früher regelmäßig Sport?: Nein Ja Von wann bis wann? bis
- Treiben Sie gelegentlich Sport?: Nein Ja Seit wann?
- Geschieht dies wettkampfmäßig?: Nein Ja Seit

Welche Sportarten betreiben Sie oder haben Sie betrieben?

Jetzt: _____, _____, _____, _____
Früher: _____, _____, _____, _____
Hauptsportdisziplin(en)? _____

Monat / Jahr

- Trainieren Sie systematisch? / Trainingsplan Nein Ja Seit wann?
- Wie viele Stunden umfaßt Ihr Trainingsprogramm pro Woche (Durchschnitt der letzten 3 Monate)?
- Wann war die letzte sportliche Belastung?
Training . .
Wettkampf . .

- In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich? Vorbereitungsjahresperiode Wettkampfperiode
- Übergangsjahresperiode Keine
- Sind Sie selbst Trainer , Übungsleiter , Sportlehrer ?

Lagen in den letzten 3 Monaten zusammenhängende Sportpausen von mind. 2 Wochen vor?

Nein Ja Wieviele Tage , Wochen ?

Aus welchen Gründen? berufliche , gesundheitliche , Urlaub , sonstige

Bisherige Bestleistungen

Disziplin	Leistung	Platzierung	Inter-national	National	Landes-ebene	Kreis	Verein	Jahr
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.....
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.....
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.....
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.....