



Dr. med. HAHN  
Dr. med. PORADA

Fachärzte für Allgemein- & Innere Medizin

**Sportmedizin   Rettungsmedizin   Ernährungsmedizin   Akupunktur**

**Liebe SportlerInnen und PatientenInnen!**

Um Sie in unserer Praxis ganzheitlich beraten bzw. behandeln zu können, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen. Bei Unsicherheiten übergehen Sie einfach den Punkt.

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.Datum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_ **dienstlich:** \_\_\_\_\_ **Beruf:** \_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden/Gründe führen Sie zu uns?**

**Stattgehabte Kinderkrankheiten?** (bitte ankreuzen)

Masern      Mumps      Röteln      Keuchhusten     
Windpocken      Scharlach      Diphtherie      Andere \_\_\_\_\_

**Letzte Impfung?** (Monat/Jahr)

Diphtherie: \_\_\_\_ . \_\_\_\_   Tetanus: \_\_\_\_ . \_\_\_\_   Hepatitis A/B: \_\_\_\_ . \_\_\_\_   Grippe: \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Polio: \_\_\_\_ . \_\_\_\_   Röteln: \_\_\_\_ . \_\_\_\_   Pneumokokken: \_\_\_\_ . \_\_\_\_   FSME: \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
Masern: \_\_\_\_ . \_\_\_\_   Mumps: \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Aktuelle oder überstandene  
Erkrankungen**

**Bitte ankreuzen  
nein                      ja**

**Wenn ja,  
seit wann – welche – was**

Aktuelle oder überstandene Erkrankungen	Bitte ankreuzen nein                      ja	Wenn ja, seit wann – welche – was
angeborene Erkrankungen		
Allergien (z.B. Heuschnupfen, Medikamente, Umweltstoffe)		
krankhaft erhöhte Blutwerte (z.B. Zucker, Cholesterin, Leberwerte)		
Lungenerkrankungen		
Magen-, Darm-Erkrankungen		
Leber-, Gallen-, Bauchspeichel- drüsenerkrankungen		
Herz-, Kreislauf-Erkrankungen		
hoher oder niedriger Blutdruck		
Erkrankungen der Blutgefäße		
Nieren-, Harn-, Prostata- Erkrankungen		
Schilddrüsenerkrankungen		





**Sportmedizin   Rettungsmedizin   Ernährungsmedizin   Akupunktur**

Aktuelle oder überstandene Erkrankungen	Bitte ankreuzen		Wenn ja, seit wann – welche – was
	nein	ja	
Nerven-, Gemüts-, neurologische Erkrankungen			
Orthopädische Erkrankungen / Rheuma			
Hauterkrankungen / Augen / HNO			
Operationen			
Häufige Infekte / Fieber			
Herz-, Kreislauf-Beschwerden			
Atembeschwerden			
Kopfschmerzen			
Schlafstörungen			
Verdauungsprobleme			
Appetitlosigkeit			
Ungewöhnliche Gewichtszu-/abnahme			
Nachtschweiß			
Beschwerden beim Wasserlassen			
Medikamente			
Rauchen			
Alkohol			
Erkrankungen / Todesfälle in der Familie			

**Gynäkologische Vorgeschichte:**

Wann begann die erste Regelblutung? \_\_\_\_.

Der Zyklus ist regelmäßig / unregelmäßig - mit / ohne Zwischenblutungen

Die Blutungsstärke ist gering / normal / auffällig stark - aktuell: Regel ja / nein

**Sportanamnese:**

Seit wie viel Jahren treiben Sie Sport? \_\_\_\_\_

Disziplin(en): \_\_\_\_\_

Trainingsleistungen / Woche (Stunden): \_\_\_\_\_ Kilometer: \_\_\_\_\_

Ausgleichssport: \_\_\_\_\_ letztes Training: \_\_\_\_.

Stress seit wann? \_\_\_\_\_

Ursache: \_\_\_\_\_

Stressdiagnostik durchgeführt:     ja     nein

