



Dr. med. HAHN  
Dr. med. PORADA

Fachärzte für Allgemein- & Innere Medizin

*Sportmedizin   Rettungsmedizin   Ernährungsmedizin   Akupunktur*

### **Liebe Patienten/innen und Sportler/innen!**

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:** \_\_\_\_\_ **E-Mail:** \_\_\_\_\_ **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-, Bauchspeicheldrüsenerkrankungen			
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