

**ANAMNESEBOGEN SPORTMEDIZIN (weiblich)**

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Angaben zur Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Sozial-Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Sozial-Vers.-Nr. (wenn über Elternteil versichert): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Telefonnummer (Erziehungsberechtigte Person): \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sportart: \_\_\_\_\_

Verein: \_\_\_\_\_

Trainer\*in: \_\_\_\_\_

**Wochennettotrainingszeit** in Stunden: \_\_\_\_\_

Schuheinlagen / Bandagen / Schoner? \_\_\_\_\_

Chronische Beschwerden / Schmerzen? \_\_\_\_\_

**Verletzungen** in der letzten Saison? \_\_\_\_\_

**Gehirnerschütterungen** (Sports related Concussions) ?  ja  nein

Wenn ja - wie viele gesamt, wann die letzte? \_\_\_\_\_

Haben Sie **Allergien oder Unverträglichkeiten**?  ja  nein

Wenn ja - welche? \_\_\_\_\_

### Familien Anamnese (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

1. Ist jemand **früh verstorben** (<60 Jahre)?  ja  nein  
Wenn ja – wer / woran / in welchem Alter? \_\_\_\_\_
2. Gibt es **Herzinfarkte** in der Familie?  ja  nein  
Wenn ja – wer / in welchem Alter? \_\_\_\_\_
3. Ist / war jemand in der Familie **zuckerkrank**?  ja  nein  
Wenn ja – wer / ab welchem Alter? \_\_\_\_\_
4. Liegt bei einem nahen Verwandten eine **Herzkrankheit** oder ein **Schlaganfall** vor?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
5. Gibt es in der Familie vermehrt **Stoffwechselerkrankungen**?  ja  nein  
Wenn ja - bei wem / in welchem Alter? \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

6. Bisherige **Operationen**:  ja  nein  
\_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_
7. Bisherige **Unfälle / Brüche**?  ja  nein  
Wenn ja – welche / wann? \_\_\_\_\_
8. Bisherige oder aktuelle **schwere oder chronische Erkrankungen**?  ja  nein  
Wenn ja - welche / wann? \_\_\_\_\_
9. Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein **vergrößertes Herz**?  ja  nein  
Wenn ja - wann? \_\_\_\_\_
10. Ist bei Ihnen eine **Herzkrankheit** bekannt?  ja  nein  
Wenn ja - welche / seit wann? \_\_\_\_\_

11. Fühlen Sie sich momentan **gesund**?  ja  nein

Wenn nein - welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

12. Hatten Sie in den letzten **zwei Jahren** (falls zutreffend – bitte ankreuzen)

- Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport?
- Herzschmerzen beim Sport?
- Herzstolpern beim Sport oder in Ruhe?

13. Besteht ein **erhöhter Blutdruck**?  ja  nein

Wenn ja – seit wann? \_\_\_\_\_

14. Haben Sie Beschwerden an **Muskeln oder Gelenken**?  ja  nein

15. Haben Sie noch **weitere Beschwerden**? (falls zutreffend – bitte ankreuzen)

- Schlafstörungen (Ein- bzw. Durchschlafstörungen)
- Appetitmangel
- Verstopfung / Durchfälle
- Beschwerden beim Wasserlassen (auch nächtliches Wasserlassen)
- Länger auftretende emotionale oder psychische Belastungen

Traurigkeit, Wut, Stress, Reizbarkeit und Angst sind alle Teil des normalen menschlichen Empfindens. Wenn diese Empfindungen jedoch über einen längeren Zeitraum auftreten oder einen großen Einfluss auf die sportliche Karriere oder das alltägliche Leben von einer Person haben, können diese Anzeichen für psychische Belastungen sein. Da Probleme mit der psychischen Gesundheit bei Athlet\*innen häufig vorkommen, ist es erforderlich, diese potenziellen Probleme so früh wie möglich zu erkennen, um eine rechtzeitige Vermittlung von Unterstützung zu gewährleisten.

- **Gedanken:** Übermäßige Selbstkritik; geringes Selbstbewusstsein; Pessimismus; Hoffnungslosigkeit; Probleme mit Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis
- **Gefühle:** Reizbarkeit; Wut; Stimmungsschwankungen; Traurigkeit; extreme Enttäuschung, die nicht abzuschütteln ist; Depression; Einsamkeit; Leere; Mangel an Leidenschaft und Sinnhaftigkeit; Mangel an Motivation

- Handlungen: Aggression; Rückzug von Anderen / nicht mehr so oft rausgehen; viel ruhiger sein als sonst; unerwarteter Leistungsabfall (z.B. im Sport, Schule, Arbeit).

16. Leiden Sie unter **Atembeschwerden**?  ja  nein

Wenn ja -  Atemnot  Husten  Auswurf  Aufstoßen

17. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen **Infekt / Erkältung**?  ja  nein

18. Bestehen bei Ihnen sogenannte **Risikofaktoren** (zutreffendes bitte ankreuzen)?

- Rauchen
  - Fettstoffwechselstörung
  - Zuckerkrankheit
  - Alkoholkonsum
- Wenn ja -  regelmäßig  gelegentlich  nie

19. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?  ja  nein

Wenn ja - welche / seit wann? \_\_\_\_\_

20. Welche **Verhütungsmethode** verwenden Sie?  ja  nein

Wenn ja - welche / seit wann? \_\_\_\_\_

21. Nehmen Sie regelmäßig **Nahrungsergänzungsmittel** ein?  ja  nein

Wenn ja - welche? \_\_\_\_\_

22. In welcher **Trainingsperiode** befinden Sie sich?

- Vorbereitung
- Wettkampf
- Übergangsperiode

23. Bestand in der letzten Zeit eine **Sportpause** von mehr als zwei Wochen?  ja  nein

Wenn ja - warum? \_\_\_\_\_

24. Haben Sie in den letzten 4 Wochen an **Gewicht** verloren (> 2 kg)?  ja  nein

25. Machen Sie eine **Diät** oder streben Sie eine **Gewichtsabnahme** an?  ja  nein

Wenn ja, welche Art von Diät? \_\_\_\_\_

26. Nehmen Sie über den Tag alle **Mahlzeiten** ein oder werden Mahlzeiten bewusst ausgelassen?

- alle Mahlzeiten       Ich lasse diese Mahlzeit aus: \_\_\_\_\_

27. Ernähren Sie sich nach einer speziellen **Ernährungsform**?

- ja    nein

Wenn ja - welche? \_\_\_\_\_

### Female Athlete

28. In welchem Alter hatten Sie Ihre **erste Blutung** (Menarche)? \_\_\_\_\_

29. Wie verläuft Ihr **Zyklus**?

- regelmäßig (26-35 Tage)       unregelmäßig (Wenn ja - wie verläuft er?) \_\_\_\_\_

30. **Tracken** Sie Ihren Menstruationszyklus mit einer App, einem Kalender oder verwenden Sie eine andere Art der Dokumentation?

- ja    nein

Wenn ja - wie? \_\_\_\_\_

31. Wann hatten Sie Ihre **letzte Periode**?

- vor weniger als 1 Monat       vor mehr als 6 Monaten  
 vor 1-2 Monaten       vor mehr als 1 Jahr  
 vor 3-6 Monaten

32. Gab es **Auffälligkeiten** dabei?

- Periodenschmerzen (vor oder während der Blutung,...)       Zwischenblutungen  
 sehr starke Blutung       länger als 7 Tage

33. Ist es bereits vorgekommen, dass Ihre Periode, vor allem während intensiver Trainingsphasen, 3 oder 4 Monate lang **ausgeblieben** ist?

- ja    nein

34. **Verschieben** Sie im Hinblick auf wichtige Wettkämpfe Ihre Periode?

- ja    nein

Wenn ja - wie? \_\_\_\_\_



35. Wann fand Ihre letzte **frauenärztliche Untersuchung** statt? \_\_\_\_\_

36. Hatten Sie jemals **gynäkologische Probleme** (z.B. trockene Scheide, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr, Zysten, Brustknoten)?  ja  nein

Wenn ja - welche? \_\_\_\_\_

37. Sind bereits Verletzungen auf Grund von **Überlastung** aufgetreten (z.B. Knochenmarksödeme, Überlastungsbrüche)?  ja  nein

Hiermit erkläre ich, dass ich mich freiwillig einem Leistungstest im Olympiazentrum Vorarlberg unterziehe. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass dem Olympiazentrum Vorarlberg und dessen Mitarbeiter\*innen im Falle, von aus dem Test entstandenen gesundheitlichen Schäden, keine rechtlichen Folgen entstehen. Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung mit den zuständigen Trainer\*innen besprochen werden:  ja  nein

**Datum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**Ort:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** Erziehungsberechtigte\*r (inkl. Name, Vorname) oder volljährige Athletin:

\_\_\_\_\_

**Zustimmung zur Datenweitergabe**

Der Olympiazentrum Vorarlberg GmbH ist die Wahrung der Privatsphäre, der Patientenrechte und des Datenschutzes ein großes Anliegen. Dennoch ist es wichtig, dass sowohl zur individuellen Entwicklung eines\*r Sportler\*in als auch zur Weiterentwicklung des Leistungsvermögens in einer Sportart Daten auch in einem größeren Zusammenhang analysiert und zur Entscheidungsfindung herangezogen werden können.

**Ich stimme der Weitergabe meiner im Rahmen der Leistungserbringung der Olympiazentrum Vorarlberg GmbH erhobenen Daten an den jeweils genannten Personenkreis zu. Diese Zustimmung gilt ohne zeitliche Beschränkung bis zu meinem schriftlichen Widerruf. <https://olympiazentrum-vorarlberg.at/datenschutzerklaerung/>**

	Medizinische Daten	Leistungsdiagnostische Daten	Labordaten
Fachbereiche Sport im Olympiazentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinstrainer*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbandstrainer*in	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auftragnehmer des Olympiazentrum mit Vereinbarung zur Datenverarbeitung lt. DSGVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Österr. Olympisches Comité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anonymisierte Nutzung (dh keine Möglichkeit zum Rückschluss auf einzelne Personen) in Studien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorname, Nachname Athletin: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift Erziehungsberechtigte\*r (inkl. Name, Vorname) oder volljährige Athletin:

\_\_\_\_\_