OLYMPIAZENTRUM VORARLBERG

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?_____

ASPC ASSOCIATION OF SPORT PERFORMANCE CENTRES
sportlich >>spitze Vorarlberg = Bundesministerium Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport
familien freundlicher betrieb
ÖKOPROFIT Betrieb 2023

OLYMPIAZENTRUM VORARLBERG

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?_____

ASPC ASSOCIATION OF SPORT PERFORMANCE CENTRES
sportlich >>spitze Vorarlberg = Bundesministerium Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport
familien freundlicher betrieb
ÖKOPROFIT Betrieb 2023

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:

_____

OLYMPIAZENTRUM VORARLBERG

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	Leistungdiagnostische Daten	Labordaten
Fachbereiche Sport im Olympiazentrum	☐	☐	☐
Vereinstrainer*in	☐	☐	☐
Verbandstrainer*in	☐	☐	☐
Auftragnehmer des Olympiazentrum mit Vereinbarung zur Daten-verarbeitung lt. DSGVO	☐	☐	☐
Österr. Olympisches Comité	☐	☐	☐
Anonymisierte Nutzung (dh keine Möglichkeit zum Rückschluss auf einzelne Personen) in Studien	☐	☐	☐

Vorname, Nachname Athletin:_____

Datum: ___. ___ . _____ Ort: _____

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

_____

ASPC ASSOCIATION OF SPORT PERFORMANCE CENTRES
sportlich >>spitze Vorarlberg
Bundesministerium Kunst, Kultur, öffentlicher Dienst und Sport
familien freundlicher betrieb
ÖKOPROFIT Betrieb 2023