



Leistungsdiagnostik
Dr.med. Ansgar Krebber

ANAMNESEFRAGEBOGEN

Bitte füllen Sie diesen Anamnesefragebogen vor der sportmedizinischen Untersuchung aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, wird Ihnen unser Team gerne bei der Beantwortung behilflich sein.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ **Männlich:** **Weiblich:**

Straße: _____ **PLZ:** _____ **Stadt:** _____

Beruf: _____ **Beschäftigt bei:** _____

Tel. (privat): _____ **(geschäftlich):** _____

Sonstiges:

Vorerkrankungen?	Bluthochdruck	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Blutzuckerkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Magenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Tumorerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Nierenerkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Hautkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Fettstoffwechselstörung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Harnsäurestoffwechselstörung, Gicht	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Gelenk-Rheuma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Tuberkulose	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Aids	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Leberentzündung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Asthma	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Herzkrankheit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Psychische Erkrankung	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Anfallsleiden	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Sonstiges:

Allergien gegen?	Penicillin	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Aspirin-Acetylsalicylsäure	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Blütenstaub	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Tierhaare	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Hausstaubmilben	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	Nahrungsmittel*	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
	*Wenn ja, welche? _____		
	Metalle	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

Ordination Dr. med. Ansgar Krebber

Sommersbergseestrasse 19 • A-8990 Bad Aussee

Tel. 0699/10489809 • Fax 03622/52 108-709

krebber@aol.com

