

---

# **Sportlercheck für den Mann**

**Name**

**Vorname**

**Geburtsdatum**

**Straße, Haus-Nr.**

**PLZ, Ort**

**Telefon**

**E-Mail**

**Ausgefüllt am**

**Lieber Patient,**

Gratulation, dass Sie sich dafür entschieden haben, Ihre persönliche Gesundheitsvorsorge bzw. Trainingsoptimierung aktiv in Ihre Hände zu nehmen.

Der **Sportlercheck** dient der Erstellung Ihrer persönlichen Gesundheitsrisiko-Analyse und gibt Ihnen Aufschluss über Ihre individuellen Gesundheitsrisiken beziehungsweise die mit verursachenden Faktoren Ihrer Erkrankungen. Dieses ermöglicht uns, für Sie einen **individuellen Fitness- bzw. Trainingsplan** zu erstellen.

In Abhängigkeit von Ihrer Trainingsintensität und -häufigkeit wird Ihr **individueller Vitalstoff-Mehrbedarf (Mikronährstoffe)** ermittelt und Ihre **Ernährung optimiert**. Des Weiteren wird, falls Sie Leistungssportler sind, Ihre **Körperzusammensetzung – bezogen auf Ihre Hauptsportdisziplin** – mit einer "Gruppe von Leistungssportlern mit gleicher Sportart" verglichen, sodass Ihre Trainingsmaßnahmen zur Steigerung Ihrer Leistungsfähigkeit gezielt optimiert werden können. Dieses ermöglicht uns, für Sie einen **individuellen Trainingsplan** zu erstellen.

Die **Fitness- beziehungsweise Trainings-Empfehlungen** – auf der Basis von Geschlecht, Alter, Körpergröße, Körpergewicht, Gesundheitsrisiken und Vorerkrankungen – enthalten die **optimale Anzahl der Trainingstage pro Woche**, die **Dauer pro Trainingseinheit**, den **Aktivitätsumsatz pro Woche**, die **optimale Trainingsherzfrequenz** sowie **für Sie geeignete Sportarten**.

### **Hinweise zur Bearbeitung**

**Nutzen Sie zum Ausfüllen dieses Fragebogens bitte ausschließlich den [Adobe Reader](#).** Sie können das Programm kostenlos herunterladen. Download und Installation dauern nur wenige Minuten.

Speichern Sie bitte zunächst diesen Anamnesebogen über „Speichern unter“ auf Ihrem Rechner (z. B. auf dem Desktop).

Bitte beantworten Sie dann die nachfolgenden Fragen sorgfältig und in Ruhe.

Bitte geben Sie an, wer in Ihrer Familie nachfolgende Erkrankungen hat bzw. hatte:

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

**Atmungssystem**

Asthma bronchiale								
Heuschnupfen durch Pollen (allergische Rhinopathie)								
Heuschnupfen, unklarer Ursache (allergische Rhinopathie, nicht näher bezeichnet)								

**Augen und Augenanhangsgebilde**

Grauer Star (Cataracta senilis)								
Grüner Star (Glaukom)								
Makuladegeneration des hinteren Poles (AMD)								

**Blutbildende Organe – Immunsystem**

Infektanfälligkeit (Immundefekt), nicht näher bezeichnet								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten**

Adipositas - BMI (Körpermassenindex) $\geq 30$								
Diabetes mellitus, Typ II (nicht primär insulinabhängig)								
Erhöhte Triglyzeride (reine Hypertriglyzeridämie)								
Erhöhung des LDL-Cholesterins (reine Hypercholesterinämie)								
Gicht, nicht näher bezeichnet								
Harnsäurestoffwechselstörung (Hyperurikämie) ohne Zeichen von entzündlicher Gelenkentzündung (Arthritis) oder tophischer Gicht								

## Familienanamnese – genetische Risikoabschätzung

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

### Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Allergie, nicht näher bezeichnet								
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

### Haut und Unterhaut

Neurodermitis (atopisches [endogenes] Ekzem)								
--	--	--	--	--	--	--	--	--

### Kreislaufsystem

Angina pectoris (Brustschmerz wg. Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße)								
Arterienverkalkung (Arteriosklerose, Atherosklerose)								
Arterienverkalkung der Hirngefäße (zerebrale Atherosklerose)								
Bluthochdruck (essentielle [primäre] Hypertonie)								
Erkrankungen der Herzkranzgefäße (chronische ischämische Herzkrankheit)								
Herzinfarkt (akuter Myokardinfarkt)								
Schlaganfall (Apoplex), nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet								
Vorhofflimmern								

### Muskel-Skelett-System und Bindegewebe

Chronische Polyarthrit (PCP; rheumatoide Arthritis)								
Knochenerweichung (Osteomalazie) im Erwachsenenalter								
Knochenwachstumsstörung (floride Rachitis)								
Osteoporose (Knochenschwund) ohne pathologische Fraktur (Knochenbruch)								

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

**Nervensystem – Psyche**

Alzheimer-Krankheit								
Angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks (außer Spina bifida)								
Demenz (Störung der Hirnleistung), nicht näher bezeichnet								
Depressive Episode								
Hirnfarkt (ischämischer – durch Blutleere bedingter Hirnfarkt)								
Migräne								
Motoneuron-Krankheit (amyotrophische Lateralsklerose; Lou-Gehrig-Syndrom)								
Multiple Sklerose (MS)								
Parkinson-Syndrom (primäres)								
Spina bifida (angeborene Fehlbildung, z. B. „offener Rücken“)								

**Neubildungen / Krebserkrankungen**

Brustkrebs (Mammakarzinom)								
Dickdarmkrebs (Kolonkarzinom)								
Hautkrebs (sonstige bösartige Neubildung der Haut)								
Lungenkrebs (Bronchialkarzinom)								
Magenkrebs (Magenkarzinom)								
Mastdarmkrebs (Rektumkarzinom)								
Melanom (schwarzer Hautkrebs)								
Plasmozytom (Multiples Myelom; Morbus Kahler)								
Prostatakrebs (Prostatakarzinom)								

## Familienanamnese – genetische Risikoabschätzung

---

Krankheiten	Mutter	Vater	Bruder	Schwester	Großm. mütterl.	Großv. mütterl.	Großm. väterl.	Großv. väterl.
-------------	--------	-------	--------	-----------	--------------------	--------------------	-------------------	-------------------

### Urogenitalsystem (Nieren, Harnwege – Geschlechtsorgane)

Nieren- und Ureterstein (Harnleiterstein)								
Stein in den unteren Harnwegen (Harnblase)								

### Verdauungssystem

Gutartige Neubildung des Dickdarms (Kolon), des Mastdarms (Rektum), des Analkanals und des Anus								
Morbus Crohn (Enteritis regionalis)								

Geben Sie bitte nachfolgend Ihre übliche Ernährungsweise an:

**Mischköstler**

Verzehr von pflanzlichen sowie tierischen Nahrungsmitteln

**Ovo-Vegetarier**

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Eiern

**Lacto-Vegetarier**

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln sowie Milch und Milchprodukten

**Ovo-Lacto-Vegetarier**

Verzehr von pflanzlichen Nahrungsmitteln, Eiern sowie Milch und Milchprodukten

**Veganer**

Verzehr von ausschließlich pflanzlichen Nahrungsmitteln

## Genussmittelkonsum

---

Bitte geben Sie Ihren Genussmittelkonsum an:

Kein Alkoholkonsum

Anzahl in der letzten Woche

Bier (0,3 l)

Weißwein (0,2 l)

Rotwein (0,2 l)

Spirituosen (Schnaps etc.)

Sekt / Cocktail (0,2 l)

Nichtraucher

Nichtraucher seit x Jahren

Passivraucher

Zigaretten

Anzahl pro Tag

Zigarren

Zigarillo

Pfeife

Kein Kaffeikonsum

Anzahl pro Tag

Kaffee (125 ml)

Espresso (50 ml)

Cappuccino (125 ml)

Latte macchiato (225 ml)

Grüner Tee (125 ml)

Schwarzer Tee (125 ml)

Cola Getränke (300 ml)

Energy Drinks (250 ml)



## Aktivitäten pro Tag

---

**Bitte beschreiben Sie Ihre berufliche Tätigkeit:**

**Sitzend**

- z. B. Bürotätigkeit

**Sitzend, zeitweilig gehend/stehend**

- z. B. leichte Hausarbeiten

**Überwiegend gehend/stehend**

- z. B. Verkäufer

**Körperlich anstrengend**

- z. B. Handwerker

**Körperlich sehr anstrengend**

- z. B. Forstwirt

Rentner

Schicht-/Wechseldienst

Nachtdienst

Zur Zeit arbeitslos

**Teilen Sie die 24 Stunden eines Werktages auf:**

**Berufliche Aktivität** (Arbeitszeit)

hh:mm

**Schlafdauer**

hh:mm

**Passive Freizeit** (z. B. Fernsehen, Internet, Ausruhen, Lesen)

hh:mm

**Aktive Freizeit** (z. B. Spazieren gehen, Einkaufen, mit Kindern spielen, Hausarbeit)

hh:mm

**Summe** (die Zeitangaben müssen zusammen 24 Stunden ergeben!)

hh:mm

## Sportliche Aktivität

---

Bitte geben Sie Ihre sportliche Aktivität der letzten 6 Wochen an:

Freizeit-, Breiten- und Gesundheitssportler

Leistungssportler\*

\*Ein Leistungssportler trainiert mindestens 3-mal pro Woche, jeweils 90 Minuten und hat einen zusätzlichen wöchentlichen Kalorienverbrauch von wenigstens 2000 kcal.

Notieren Sie im Folgenden die Sportart sowie die Trainingshäufigkeit und -dauer pro Woche.

Sportart	Hauptsportart	Wochentag/e	Uhrzeit – von - bis
Nordic Walking (Beispiel)	x	Montag, Donnerstag	17:00-17:45, 18:30-19:00
Schwimmen (Beispiel)		Mi, Sa, So	09:00-09:30

**Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem Kinderwunsch und Ihren Vaterschaften:**

Ohne Kinderwunsch

Partnerin nicht schwanger – mit Kinderwunsch < 1 Jahr

Partnerin nicht schwanger – mit Kinderwunsch seit mindestens 1 Jahr

Partnerin mit bestehender Schwangerschaft

### **Aufstellung der Vaterschaften**

#### **1. Vaterschaft**

#### **2. Vaterschaft**

#### **3. Vaterschaft**

#### **4. Vaterschaft**

Geburtsjahr

Ehe / Partnerschaft

Geburt zum Termin

Geburt 2 Wochen nach Termin

Frühgeburt – bis 37. Schwangerschaftswoche

Fehlgeburt bis 16. Schwangerschaftswoche (Frühabort)

Fehlgeburt von 17. bis 28. Schwangerschaftswoche (Spätabort)

Totgeburt – ab 29. Schwangerschaftswoche

Schwangerschaftsabbruch

## Krankheiten

---

Bitte geben Sie nachfolgend an, welche Krankheiten Sie haben:

seit Jahr  
(JJJJ)

Chronische Schmerzen  
Diabetes mellitus, Typ 2  
Hashimoto-Thyreoiditis  
Hereditäre Fructoseintoleranz (angeborene Form)  
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)  
Hypercholesterinämie (Cholesterin ↑)  
Hyperthyreose (Schilddrüsenüberfunktion)  
Hypertonie (Bluthochdruck)  
Hypertriglyzeridämie (Triglyceride ↑)  
Hyperurikämie (Gicht)  
Kolonkarzinom (Dickdarmkrebs)  
Lactoseintoleranz  
Morbus Basedow  
Rheuma  
Subkl. (latente) Hyperthyreose ("milde"  
Schilddrüsenüberfunktion)  
Entzündliche Polyarthropathien  
(Gelenkerkrankungen)

**Weitere Krankheiten**

## Operationen

---

Bitte geben Sie Ihre Operationen an. Die unteren Felder dienen der freien Texteingabe.

	Jahr (JJJJ)	Monat (MM)	Grund der Operation
Totale Prostatektomie (Prostataentfernung, komplett)			
Subtotale Prostatektomie (Prostataentfernung, zum Teil)			
TUR (Transurethrale Resektion) (Prostataentfernung, durch die Harnröhre)			
Semikastration, links (Hodenentfernung, links)			
Semikastration, rechts (Hodenentfernung, rechts)			
Kastratio (Hodenentfernung, beidseits)			
Sterilisation (Unfruchtbarkeitsmachung durch Verschluss oder Entfernung der Samenleiter)			

### Nehmen Sie dauerhaft Medikamente ein? Wenn ja, welche und wie oft?

<b>Medikament 1</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
<b>Medikament 2</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
<b>Medikament 3</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
<b>Medikament 4</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
<b>Medikament 5</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	

## Dauermedikation

---

<b>Medikament 6</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
<hr/>		
<b>Medikament 7</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
<hr/>		
<b>Medikament 8</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
<hr/>		
<b>Medikament 9</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	
<hr/>		
<b>Medikament 10</b>	Name des Medikamentes/Wirkstoffs	
	Therapiebeginn	(TT.MM.JJJJ)
	Handelsname	
	Wirkstoffmenge/Einheit	
	Dosierung/Anzahl	
	Darreichungsform	

**Bitte geben Sie Ihre Körpermaße an:**

Körpergröße (cm)

Körpergewicht (kg)

Wunschgewicht (kg)

Taillenumfang (cm)

Hüftumfang (cm)

**Wie misst man den Umfang der Taille beziehungsweise Hüfte korrekt?**

Messen Sie bitte den **Taillenumfang** mit einem Maßband in der Mitte zwischen dem unteren Rippenbogen und der Hüfte (oberhalb des Bauchnabels).

Messen Sie bitte den **Hüftumfang** am Ende des Oberschenkelknochens am breitesten Punkt der Hüfte. Achten Sie bitte stets darauf, dass das Maßband waagrecht gehalten wird.



Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Ich leide unter Einschlafstörungen – Einschlafphase länger als 30 Minuten.					
Ich leide unter Durchschlafstörungen – Durchschlafphase kürzer als 4 Stunden und 30 Minuten.					
Ich habe Erektions- bzw. Potenzprobleme.					

**\*Legende**

Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit

Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit

Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit

Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

## Weitere Beschwerden

---

Bitte geben Sie an, welche Beschwerden bzw. Symptome Sie haben:

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Abnorme Gewichtsabnahme					
Abnorme Reflexe					
Atemnot (Dyspnoe)					
Ausbleiben der erwarteten normalen physiologischen Entwicklung					
Auszehrung; starke Abmagerung (Kachexie)					
Bauchschmerzen, sonstige und nicht näher bezeichnete					
Bauchwassersucht (Aszites)					
Blähungen (Flatulenz und verwandte Zustände)					
Blässe					
Blutung der Haut, kleinflächige, fleckenförmig (spontane Ekchymosen)					
Blutung, andernorts nicht klassifiziert					
Demoralisierung und Teilnahmslosigkeit (Apathie)					
Durchfall (Diarrhoe) und Magendarmentzündung (Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs)					
Fehlen des Geruchssinns (Anosmie)					
Fieber sonstiger und unbekannter Ursache					
Funktionelle Durchfallerkrankung (funktionelle Diarrhoe)					
Gedächtnisstörung für zeitliche und inhaltliche Erinnerungen (Amnesie)					
Gelbsucht (Ikterus), nicht näher bezeichnet					
Halluzinationen, nicht näher bezeichnet					
Herzaktionen wie Herzklopfen, Herzrasen etc., die Sie selbst wahrnehmen (Palpitationen)					
Koordinationsstörungen, sonstige und nicht näher bezeichnete					

**\*Legende**

Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;

Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

## Weitere Beschwerden

Bezeichnung	Nie	Selten*	Manchmal*	Häufig*	Ständig*
Kopfschmerz					
Krämpfe und Spasmen der Muskulatur					
Krankhaft erhöhte Urinausscheidung (Polyurie)					
Krankhaftes Schwitzen (Hyperhidrose)					
Kreuzschmerz					
Kribbeln, Taub- und Pelzigsein der Haut, Taubheit etc. (Parästhesie der Haut)					
Magersucht (Anorexie)					
Ödem, anderenorts nicht klassifiziert					
Orientierungsstörung, nicht näher bezeichnet					
Reizbarkeit und Wut					
Schluckstörung (Dysphagie), sonstige und nicht näher bezeichnete					
Schwindel und Taumel					
Seemannsgang, eine Form der Gehstörung (ataktischer Gang)					
Sodbrennen					
Störung der Bewegungskoordination; Unfähigkeit gerade zu sitzen bzw. zu stehen (Ataxie)					
Störungen des Geruchs- und Geschmackssinnes, sonstige und nicht näher bezeichnete					
Tachykardie (mehr als 100 Herzschläge/Minute), nicht näher bezeichnet					
Trockene Haut (Xerosis cutis)					
Übelkeit und Erbrechen					
Übererregbarkeit von Nerven und Muskeln; anfallsartige Verkrampfungen der Muskulatur (Tetanie)					
Unwohlsein und Ermüdung					
Veränderung des Hautreliefs					
Zittern (Tremor), nicht näher bezeichnet					

**\*Legende**

Selten = weniger als 1-mal die Woche, 5-10 % der Zeit; Manchmal = 1- bis 2-mal pro Woche, 15-25 % der Zeit;

Häufig = etwa jeden 2. Tag, 35-65 % der Zeit; Ständig = nahezu täglich, 70-100 % der Zeit

Sie können nun über den Button „Überprüfung auf Vollständigkeit“ prüfen lassen, ob Sie alle für den Check erforderlichen Pflichtangaben getätigt haben.

**Herzlichen Dank, dass Sie den Anamnesebogen ausgefüllt haben.**

Bitte beachten Sie: Da Ihre Daten in diesem Dokument unverschlüsselt vorliegen, sollten Sie nur sichere Übermittlungsarten nutzen.

**Einwilligung zur Datenerhebung, -verarbeitung und -speicherung**

Mit der Zusendung des Anamnesebogens stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner personenbezogenen Daten für den Zweck der Beratung, Untersuchung, Behandlung, Abrechnung, Übermittlung von Termin- und Gesundheitsinformationen durch die Praxis zu. Ferner erkläre ich mich einverstanden, dass die Praxis mich betreffende medizinische Daten bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Mitbehandlung anfordern darf. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich oder durch E-mail an die Praxis widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Mir ist bekannt, dass mein jederzeit möglicher Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt (Art. 7 Abs. 3 Satz 2 DSGVO).