



Vorgeschichte

Spieler/players name: _____ **geb./ date of birth** ____.

Verein:		
Hauptsportart: <input type="checkbox"/> Basketball <input type="checkbox"/> Fussball <input type="checkbox"/> Handball <input type="checkbox"/> Wettkampfaerobic <input type="checkbox"/> Leichtathletik <input type="checkbox"/> andere:		
seit:	Position:	Trainingsstunden pro Woche:
Sprungbein:		Wurfarm:
Ausgleichsport:		Wochenstunden:
Beruf:		Wochenstunden:
Hobbies:		Wochenstunden:

Gab es Hinweise dafür, dass Sie an einem der nachfolgend genannten Organe erkrankt waren oder sind? Falls Sie eine Frage mit Ja beantworten, nennen Sie bitte die jeweilige Erkrankung.
(Do you know or do you have any information about sickness or injury on the following organs? Now or in the past. If answered yes, please substantiate)

internistische Fragen

Frage/question	ja/yes	nein/no
Herz: z.B. Rhythmusstörung, Herzfehler, Herztod in Familie heart: e.g. rhythm disorder, congenital heart defect, sudden cardiac death		
Kreislauf: z.B. hoher oder niedriger Blutdruck, Kollaps/Synkope circulation: higher or lower blood pressure, collapse/syncopation		
Gefäße: Krampfader, Thrombose, Blutergußneigung blood vessels: varicosis, thrombosis, bruises		
Atemwege: chronische Bronchitis, Asthma. Lungenentzündung, Tbc respiratory tract: chronic bronchitis, Asthma, pneumonia, tuberculosis		



Nieren: erhöhte Nierenwerte, Nierenentzündung, Nierensteine kidneys: elevated blood values (Kreatinin), inflammation, stones		
Speiseröhre, Magen und Darm: Geschwür, Entzündung, Durchfall esophagus, stomach, intestine: ulcer, inflammation, diarrhea		
Stoffwechsel: Diabetes, Gicht, Schilddrüsenerkrankung, Gelbsucht metabolism: Diabetes, gout, thyroid disease, icterus		
Nerven/Gemüt: Krampfanfallsleiden, Depression, ADHS nerves: cramps, depression, ADHS		
Augen/Ohren: Sehfehler, Brille; schlechtes Hören eyes: visual defect, hearing problem		
Blut: Gerinnungsstörung, häufiges Nasenbluten, schnell Blutergüsse blood: coagulation defect, nosebleeding, bruises after light contact		
Immunsystem: Infektanfälligkeit, Allergie, Heuschnupfen immune system: often infected, allergy, hay fever		
Haben Sie lockere oder behandlungsbedürftige Zähne? do you have loose teeth or have a need of treatment?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? ___ Zigaretten pro Tag do you smoke? if yes, how many daily? ____		
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> regelmäßig/oft do you drink alcohol? <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sometimes <input type="checkbox"/> often		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche? Do you have to take any medicine? What kind of?		



Nehmen Sie Drogen oder Nahrungsergänzungsmittel? Wenn ja, welche? do you take any drugs or any supplements? What kind of?		
Krankenhausaufenthalte? Wenn ja: wann, weswegen? have you been in hospital? When? because of?		
Impfstatus? <input type="checkbox"/> komplett immunisation? <input type="checkbox"/> all done		

Gab oder gibt es Verletzungen an folgenden Extremitäten/Körperteilen bzw. Haben Sie längere Zeit Beschwerden in diesen Bereichen gehabt? Wenn ja: welche?
What extremities or parts of your body did you have/had injuries or longer trouble? If yes: which?

orthopädisch-sportmedizinische Fragen

Frage/question	ja/yes	nein/no
Kopf head		
Halswirbelsäule/Nacken, Brustwirbelsäule, Lendenwirbelsäule cervical spine/neck, chest spine, lumbal spine		
Schulter/Arm shoulder/arm	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> right	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> left
Handgelenk wrist	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> right	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> left
Hand/Finger hand/fingers	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> right	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> left
Hüftgelenk/Oberschenkel hip joint/thigh	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> right	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> left



Dr. med. Ole Rathje
Andrea Rathje

Fragebogen Sport

Kniegelenk knee joint	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> right	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> left		
Fuß/Fußgelenk foot/foot ankle	<input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> right	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> left		
Wurden Operationen durchgeführt? Wenn ja, Körperteil? wann? wo? did you got surgery in the past? if yes, which part of the body? when? where?				
Wurden spezielle Untersuchungen durchgeführt? Röntgen, MRT etc. Wenn ja, welches Körperteil? wann? wo? Befund? Did you get X-ray, CATScan or MRI? if yes, when? where? result?				
Frage/question			ja/yes	nein/no
aktuelle Beschwerden? any kind of current trouble?				
Leiden Sie an anderen Erkrankungen? any other diseases or illnesses not mentioned above?				
Bemerkungen: remarks:				

Ort, Datum

Unterschrift Sportler/signature