

**Sehr geehrte Eltern, Erziehungsberechtigte!**

***Diese Untersuchung kann für Ihr Kind nur dann die erhoffte Information bringen, wenn Sie uns über alle wichtigen gesundheitlichen Probleme informieren. Sie werden gebeten, jede Frage zu beantworten. Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!***

**Persönliche Angaben zum Kind:**

Name, Geburtsdatum:

---

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an!**

1. Meinem Kind wurde der aktive Sport durch einen Arzt schon einmal verboten oder eingeschränkt.  
 ja     nein

2. Meinem Kind wurde jemals nahegelegt, die sportlichen Aktivitäten aufgrund von Gesundheitsproblemen ganz aufzugeben.  
 ja     nein

3. Mein Kind hat momentan oder hatte in den letzten 10 Tagen gesundheitliche Probleme.  
 ja     nein

Welche? \_\_\_\_\_

4. Mein Kind wurde jemals operiert oder musste zur Beobachtung im Krankenhaus stationär aufgenommen werden.  
 ja     nein

5. Mein Kind nimmt zurzeit Vitamine oder andere Nahrungsergänzungsmittel ein.  
 ja     nein

Welche? \_\_\_\_\_

6. Mein Kind nimmt zurzeit Medikamente ein.  
 ja     nein

Welche? \_\_\_\_\_

7. Mein Kind musste innerhalb der letzten 2 Jahre Medikamente einnehmen.  
 ja     nein

Welche? \_\_\_\_\_

8. Mein Kind wurde mit einem nicht funktionsfähigen Organ geboren.  
 ja     nein

Welches? \_\_\_\_\_

9. Mein Kind hat eine Seh- oder Hörbehinderung und benötigt eine Brille, Kontaktlinsen, ein Hörgerät oder ein Cochleaimplantat.  
 ja     nein

Was? \_\_\_\_\_

---

10. Bei meinem Kind wurden jemals eine oder mehrere folgender Diagnosen gestellt:

- Diabetes mellitus Typ 1
- Diabetes mellitus Typ 2
- Asthma
- Neurodermitis
- eine andere Hauterkrankung
- Allergien: \_\_\_\_\_
- Epilepsie
- Anämie
- Thalassämie

- Mittelmeerfieber
- Hämochromatose
- eine Schilddrüsenerkrankung
- Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber)
- Marfan-Syndrom
- eine genetisch bedingte Erkrankung
- sonst.: \_\_\_\_\_
- keine davon

---

11. Mein Kind hat jemals während oder nach körperlicher Betätigung über eine oder mehrere folgender Probleme geklagt:

- Engegefühl oder Schmerzen in der Brust
- Atembeschwerden
- Hustenanfälle
- pfeifende Atmung
- Kopfschmerzen

12. Mein Kind war jemals bewusstlos oder beinahe bewusstlos.

- Ja.
- Ja, **während** körperlicher Belastung.
- Ja, **nach** körperlicher Belastung.
- Ja, aufgrund einer Kopfverletzung.
- Ja, aufgrund einer Gehirnerschütterung.
- Noch nie.

13. Mein Kind hatte jemals eine Kopfverletzung, nach der es verwirrt oder durcheinander war oder eine Gedächtnislücke zur Folge hatte.

- ja     nein

14. Bei meinem Kind wurden jemals eine oder mehrere folgender Diagnosen gestellt:

- Bluthochdruck  
 Herzmuskelentzündung  
 Herzrhythmusstörungen  
 Herzklappeninsuffizienz /-stenose /-erkrankung  
 sonstige Herzkreislauferkrankungen: \_\_\_\_\_  
 keine davon

15. Mein Kind klagt manchmal über Herzrasen oder unregelmäßigen Herzschlag.

- ja     nein

16. Bei meinem Kind wurde jemals eine **zusätzliche** Herzuntersuchung wie z.B. Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Herzultraschall oder ähnliches angeordnet.

- ja     nein

17. Mein Kind hatte je einen Anfall.

- ja     nein

18. Mein Kind hatte jemals während oder nach körperlicher Betätigung in starker Hitze schwere Muskelkrämpfe oder wurde krank.

- ja     nein

### Angaben zur engen Verwandtschaft (Geschwister, Eltern, Großeltern, Tanten, Onkel):

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und geben Sie an, bei wem!**

19. Bei jemandem in unserer Familie wurden jemals eine oder mehrere folgender Diagnosen gestellt:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 _____     | <input type="checkbox"/> Epilepsie _____                          |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 2 _____     | <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom _____                     |
| <input type="checkbox"/> Asthma _____                      | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck _____                      |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Cholesterinspiegel _____ | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen _____              |
| <input type="checkbox"/> eine Schilddrüsenerkrankung _____ | <input type="checkbox"/> Herzklappenerkrankung _____              |
| <input type="checkbox"/> Sichelzellenanämie _____          | <input type="checkbox"/> andere Herzerkrankungen _____            |
| <input type="checkbox"/> Thalassämie _____                 | <input type="checkbox"/> eine genetisch bedingte Erkrankung _____ |
| <input type="checkbox"/> Mittelmeerfieber _____            | <input type="checkbox"/> sonst.: _____                            |
| <input type="checkbox"/> Hämochromatose _____              | <input type="checkbox"/> keine davon                              |

20. In unserer Familie ist ein Familienmitglied unter 50 Jahren...

- unerwartet gestorben.  
 aus unbekanntem Gründen gestorben.  
 aufgrund wiederholten Ohnmachtsanfällen behandelt worden.  
 aufgrund von unerklärlichen Anfällen behandelt worden.  
 beim Schwimmen ohne erkennbaren Grund ertrunken.  
 bei einem unerklärlichen Autounfall verstorben.  
 an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung gestorben.

21. In unserer Familie wurde bei einem Familienmitglied unter 50 Jahren...

- eine Herztransplantation vorgenommen.  
 ein Herzschrittmacher oder Defibrillator implantiert.  
 eine Operation am (offenen) Herzen vorgenommen.

22. In unserer Familie gibt es Fälle von plötzlichem Kindstod.  
 ja     nein

23. In unserer Familie gibt es Fälle von Skoliose.  
 ja     nein

**Angaben zum Kind:**

**Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und beschreiben Sie die Verletzung/en im Anschluss näher anhand der vorgegebenen Regionen!**

24. Mein Kind hatte je eine Verletzung wie zum Beispiel Verstauchung, Bänder- oder Muskelverletzung, Sehnscheidenentzündung, aufgrund derer es nicht an sportlichen Aktivitäten teilnehmen durfte.  
 ja     nein

25. Mein Kind hat sich jemals  
 einen Knochen gebrochen.  
 ein Gelenk ausgerenkt.  
 eine Wachstumsfuge verletzt beziehungsweise verschoben.

26. Bei meinem Kind waren aufgrund einer Verletzung des Bewegungsapparates eine oder mehrere Untersuchungen beziehungsweise Behandlungen notwendig:

<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Reha
<input type="checkbox"/> MRT	<input type="checkbox"/> Gips
<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> Bandage
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/> Tapeverband
<input type="checkbox"/> Injektion	<input type="checkbox"/> Krücken
<input type="checkbox"/> Infusion	<input type="checkbox"/> sonst.: _____
<input type="checkbox"/> physikalische Therapie	

27. Mein Kind hat jemals eine Stressfraktur erlitten.  
 ja     nein

KOPF	NACKEN	SCHULTER	RÜCKEN oben	RÜCKEN unten	BRUSTKORB	HAND/FINGER
OBERARM	ELLENBOGEN	UNTERARM	HAND/FINGER			
LEISTE	HÜFTE	OBERSCHENKEL	KNIE	UNTERSCHENKEL	KNÖCHEL	FUSS/ZEHEN

28. Mein Kind verwendet regelmäßig Bandagen und/oder Schuahanlagen und/oder andere orthopädische Hilfsmittel.

ja     nein

Was? \_\_\_\_\_

29. Mein Kind hält sich an eine spezielle Diät oder an eine spezielle Ernährungsweise.

ja     nein

Welche? \_\_\_\_\_

30. Meinem Kind wurde jemals eine Gewichtsabnahme oder Gewichtszunahme empfohlen.

ja     nein

31. Meinem Kind wurde jemals eine Ernährungsberatung empfohlen.

ja     nein

32. Mein Kind ist nach dem Österreichischen Impfplan geimpft.

ja     nein

**Bei jungen Frauen:**

**Bitte ergänzen Sie folgende Angaben:**

33. Bei meiner Tochter trat die 1. Regelblutung mit \_\_ Jahren auf.

34. Bei meiner Tochter ist der Menstruationszyklus regelmäßig.  
 ja     nein

35. Meine Tochter leidet seit \_\_\_\_\_ Monaten an einer Amenorrhoe (Ausbleiben der Regelblutung).

**Allgemein:**

→ Bitte erklären Sie alle mit JA beantworteten Fragen (außer Frage Nr. 32), welche im Laufe der Anamnese noch nicht näher beschrieben wurden, unter Angabe der dazugehörigen Nummer.  
Bei Erkrankungen, Operationen und Verletzungen vermerken Sie bitte das JAHR und die KÖRPERSEITE.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

36. Gibt es eine sportmedizinisch relevante Frage, welche im Rahmen der Untersuchung beantwortet werden soll?

---

---

**Angaben zum Training:**

37. Bitte tragen Sie die Trainingsstunden/Woche Ihres Kindes ein.

· Insgesamt	_____ h/Woche	· Kraft	_____ h/Woche
· Sportart-spezifisch	_____ h/Woche	· Andere	_____ h/Woche
· Ausdauer	_____ h/Woche		

38. Ausgeübte Ausgleichsportarten:

---

---

## Datenschutzinformation

Der Schutz der persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Wir dürfen Sie darüber informieren, dass seit 25. Mai 2018 die EU-Datenschutz- Grundverordnung (DSGVO) gilt. Wir werden die personenbezogenen Daten Ihres Kindes weiterhin sorgfältig und gewissenhaft verarbeiten. Durch die DSGVO ändert sich daran für Ihr Kind nichts!

Wir sind allerdings angehalten, erweiterte Verpflichtungen zu übernehmen. Dem kommen wir nach und dürfen Sie hiermit darüber informieren, dass die von Ihrem Kind in diesem Anamneseblatt zur Verfügung gestellten Informationen sowie die im Zuge der Behandlung gewonnenen Gesundheitsinformationen ausschließlich zur vereinbarten Leistungserbringung und/oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen verwendet werden. Auch ist die Verarbeitung für Zwecke der Gesundheitsvorsorge, für die medizinische Diagnostik und/oder für die Behandlung im Gesundheitsbereich sowie für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheitsbereich erforderlich.

Die Daten werden sicher verwahrt und nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn es ist zu Leistungserbringung oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen erforderlich. In diesem Fall bedienen wir uns nur Partnern und Auftragsverarbeitern, die hinreichend Garantien dafür bieten, dass auch sie die technischen und organisatorischen Anforderungen der DSGVO in Bezug auf die Datenverarbeitung einhalten.

Die Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bei uns gespeichert.

Die anonymisierten Daten können eventuell zur wissenschaftlichen Auswertung herangezogen werden.

Sie haben das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Widerspruch, Datenübertragbarkeit und Einschränkung der bei uns verarbeiteten Daten. Diese Rechte können unter [datenschutz@leistungssportaustria.at](mailto:datenschutz@leistungssportaustria.at) geltend gemacht werden. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung der personenbezogenen Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt, wenden Sie sich bitte zunächst an uns. Sie haben aber auch das Recht, sich unmittelbar an die Datenschutzbehörde zu wenden.

Um auch bei der telefonischen Terminkoordination größtmöglichen Schutz der Daten Ihres Kindes gewährleisten zu können, sind wir dazu angehalten, telefonische Informationen ausschließlich nach Überprüfung Ihrer Identität zu erteilen. Zu diesem Zwecke ersuchen wir Sie, uns ein persönliches Passwort bekannt zu geben. Erst nach Nennung dieses Passworts dürfen wir telefonische Auskunft zu personenbezogenen Daten erteilen.

Ihr Wunschpasswort: \_\_\_\_\_

Ihre Kontrollfrage: \_\_\_\_\_

### Bitte kreuzen Sie an:

- Ich bestätige die Richtigkeit der oben angegebenen Daten.
- Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Kind die sportmedizinische Untersuchung inklusive Herz-Kreislauf-Belastungstest am Ergometer und ggf. eine Blutabnahme, durchgeführt wird, außer im Laufe der Untersuchung stellt sich heraus, dass es aus gesundheitlichen Gründen nicht dazu geeignet ist.
- Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten