

## Sehr geehrte\*r Interessent\*in,

Sie haben sich dazu entschieden, eine spiroergometrische Diagnostik durchzuführen. Dieser Anamnesebogen dient dazu, mögliche Kontraindikationen im Vorfeld auszuschließen und Ihren physischen Leistungszustand abzuschätzen. Außerdem können Sie uns Ihre persönliche Zielsetzung und Absicht hinter der Spiroergometrie mitteilen.

### Wichtige Fragen

Damit mögliche Gefahrenquellen im Vorfeld rechtzeitig erkannt werden, beantworten Sie bitte die folgenden Fragen:

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_; Größe: \_\_\_\_\_ cm;

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg; Geschlecht: \_\_\_\_\_

- Besteht/Bestand eine **Atemwegs-/ Lungen-erkrankung** (z. B. Asthma, Lungenentzündung, COPD, Covid-19)?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht/Bestand eine **Herz-Kreislauf-Erkrankung** (z. B. Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklappenfehler, hoher Blutdruck)?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (**Thrombose/Embolie**)?  
 ja  nein
- Besteht/Bestand eine **Erkrankung des Nervensystems** (z.B. Lähmungen, Epilepsie)?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

- Ist eine **Autoimmunerkrankung** bekannt?  
 ja  nein
- Besteht/Bestand eine **Schilddrüsenerkrankung**?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Besteht/Bestand eine **Infektionserkrankung** (z. B. HIV, Hepatitis, Tuberkulose)?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Kommt es bei Aktivitäten des Alltages häufig zu **Atemnot**?  
 ja  nein
- Kam bereits einmal **akute Atemnot** vor?  
 ja  nein
- Trat in den letzten Tagen **Fieber** auf?  
 ja  nein
- Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft eine erhöhte **Blutungsneigung**?  
 ja  nein
- Liegen **Gelenksbeschwerden** vor?  
 ja  nein
- Besteht eine **Allergie** (z. B. Heuschnupfen) oder eine **Unverträglichkeit** bestimmter Substanzen (z. B. Medikamente, Latex, Desinfektionsmittel, Pflaster)?  
 ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

14. Werden regelmäßig oder aktuell **Medikamente** eingenommen (z. B. gerinnungshemmende Medikamente,  $\beta$ -Blocker, Schmerzmittel, Hormonpräparate, Antidiabetika)?

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

15. **Rauchen** Sie?

ja  nein

Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_

16. Können Sie **Fahrrad** fahren?

ja  nein

17. Könnten Sie **schwanger** sein?

ja  nein

Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen **spätestens einen Werktag vor der Spiroergometrie** per E-Mail zukommen: [sportmedizin@fk-bentheim.de](mailto:sportmedizin@fk-bentheim.de)  
Vielen Dank!

## Ziele und Trainingsplanung

Um Ihren derzeitigen körperlichen Fitnesszustands einzuschätzen ist es wichtig, dass Sie uns Angaben zu Ihrer sportlichen Aktivität machen. Um eine optimale Trainingsplanung durchführen zu können benötigen wir zusätzlich Ihre Ziele, die Sie mit der Spiroergometrie erreichen wollen und verfolgen.

Treiben Sie regelmäßig **Sport**?

ja  nein

Wenn ja, welche **Sportart** und wie häufig?

---

---

---

Haben Sie **Ziele**, die Sie mit der Spiroergometrie verfolgen?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

---

---