



PATIENTENDATEN

Name	Vorname
Titel / Namenszusatz	Geburtsdatum
Straße, Nummer	PLZ Ort
Telefon mobil	E-Mail Adresse
Beruf	Zeitfenster für Rückruf

SPORTMEDIZINISCHER FRAGEBOGEN

Medikamente, wenn ja welche?

Sonstige, wenn ja welche?

Chronische Krankheiten:

Keine	Herzkrankheiten
Art. Hypertonie (Bluthochdruck)	Gefäßerkrankungen
	Sonstige

Rauchen Sie Ja Nein

Größe und Gewicht (wichtig für die Dosierung von Medikamenten):

Größe: cm Gewicht: kg

Familienanamnese (welche Krankheiten sind bei Ihrer Familie aufgetreten?)

Herzinfarkt/KHK

bei wem?

Schlaganfall

bei wem?

Meine Dauermedikamente

Keine

Morgens

Mittags

Abends

Zur Nacht

■ GRUND FÜR DIE SPIROERGOMETRIE

Sportlicher Neustart

Trainingsoptimierung

Fettanalyse

Sonstige:

Meine sportlichen Ziele:

■ WIE WURDEN SIE AUF UNS AUFMERKSAM?

persönliche Empfehlung durch andere Patienten

Internet: www.hausarztpraxis-winkelmann.de

Praxis gesehen und Interesse bekommen

VIELEN DANK!