



**STAMMDATEN – ANAMNESEBLATT für die Aufnahme in die NNÖSMS Göstling**

**Sehr geehrte Eltern!**

Um die sportmedizinische Untersuchung im Rahmen des Aufnahmeverfahrens Ihres Kindes in die NNÖSMS Göstling an der Ybbs möglichst genau und effizient abwickeln zu können werden Sie ersucht, dieses STAMMDATEN-ANAMNESEBLATT auszufüllen und zur Untersuchung mitzubringen. Alle Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt!

Familienname: ..... Vorname: .....

PLZ: ..... Ort: ..... Straße: .....

Krankenkassa: ..... SozVersNr/GebDat: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Hausarzt: .....

- |  |  |   |
|--|--|---|
| 1) Hatte Ihr Kind in letzter Zeit körperliche Beschwerden?   | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| 2) War Ihr Kind jemals in einem Spital stationär aufgenommen?  | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| 3) Hatte Ihr Kind jemals eine Operation?   | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| 4) Hatte Ihr Kind bei einer Untersuchung ein Geräusch über dem Herz?   | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| 5) Belastungssituationen   |  |   |
| Ist Ihr Kind je bei körperlicher Belastung bewusstlos geworden?  | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| Wird Ihrem Kind bei körperlicher Belastung schwindlig?   | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| Hat Ihr Kind bei Belastung ungewöhnlich starke Atemnot?  | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| Hat oder hatte Ihr Kind jemals zu hohen Blutdruck?   | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| 6) Familie, Unfälle  |  |   |
| Ist in Ihrer Familie/Verwandschaft jemand früh verstorben (< 40 Jahre)?  | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| Hatte Ihr Kind jemals eine Kopfverletzung?   | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| Wurde Ihr Kind nach einem Unfall/Sturz bewusstlos?   | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| Hatte Ihr Kind einen epileptischen Anfall?   | <input type="checkbox"/> ja*             | <input type="checkbox"/> nein                     |
| 7) Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?  | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein                     |
| Wenn ja, welche? .....   |  |   |
| 8) Hat Ihr Kind Allergien?   | <input type="checkbox"/> ja              | <input type="checkbox"/> nein                     |
| Wenn ja, welche? .....   |  |   |
| Wenn ja, welche Beschwerden hat es? .....  |  |   |
| 9) Sind in der engeren Verwandschaft des Kindes (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen vorgekommen? |  |   |
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten   | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit          |
| <input type="checkbox"/> plötzlicher Herztod   | <input type="checkbox"/> Schlaganfall    | <input type="checkbox"/> hoher Cholesterinspiegel |
|  |  | <input type="checkbox"/> Allergien                |
|  |  | <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten           |
|  |  | <input type="checkbox"/> Krebs                    |

\*) falls Sie eine der Fragen 1 – 6 mit ja beantwortet haben, machen Sie bitte hier genauere Angaben:

.....

.....

.....

Hinweis für den Untersuchungstag: Ihr Kind sollte nüchtern zur Untersuchung erscheinen (Blutabnahme)!

Ich erkläre mich mit den diagnostischen Maßnahmen einschließlich Ruhe-EKG und Laboruntersuchungen einverstanden.

....., am .....

.....  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten