NÖ SPORT – MITTELSCHULE GÖSTLING AN DER YBBS
3345 Göstling an der Ybbs, Göstling 118
SKZ: 320022 DVR: 0064394320022
Tel: 07484 / 2295 Lehrerzimmer: 07484 / 2295 11 Fax: 07484 / 2295 14
E-mail: ms.goestling@noeschule.at Homepage: www.msgoestling.at

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?	☐ ja*	☐ nein
2)	War Ihr Kind jemals in einem Spital stationär aufgenommen?	☐ ja*	☐ nein
3)	Hatte Ihr Kind jemals eine Operation?	☐ ja*	☐ nein
4)	Hatte Ihr Kind bei einer Untersuchung ein Geräusch über dem Herz?	☐ ja*	☐ nein
5)	Belastungssituationen		
	Ist Ihr Kind je bei körperlicher Belastung bewusstlos geworden?	☐ ja*	☐ nein
	Wird Ihrem Kind bei körperlicher Belastung schwindlig?	☐ ja*	☐ nein
	Hat Ihr Kind bei Belastung ungewöhnlich starke Atemnot?	☐ ja*	☐ nein
	Hat oder hatte Ihr Kind jemals zu hohen Blutdruck?	☐ ja*	☐ nein
6)	Familie, Unfälle		
	Ist in Ihrer Familie/Verwandtschaft jemand früh verstorben (< 40 Jahre)?	☐ ja*	☐ nein
	Hatte Ihr Kind jemals eine Kopfverletzung?	☐ ja*	☐ nein
	Wurde Ihr Kind nach einem Unfall/Sturz bewusslos?	☐ ja*	☐ nein
	Hatte Ihr Kind einen epileptischen Anfall?	☐ ja*	☐ nein
7)	Nimmt Ihr Kind zur Zeit Medikamente?	☐ ja	☐ nein
	Wenn ja, welche?		
8)	Hat Ihr Kind Allergien?	☐ ja	☐ nein
	Wenn ja, welche?		
	Wenn ja, welche Beschwerden hat es?		

9) Sind in der engeren Verwandtschaft des Kindes (Eltern, Geschwister, Großeltern) folgende Erkrankungen vorgekommen?

☐ Herzkrankheiten ☐ hoher Blutdruck ☐ Zuckerkrankheit ☐ Allergien ☐ Krebs
☐ plötzlicher Herztod ☐ Schlaganfall ☐ hoher Cholesterinspiegel ☐ Erbkrankheiten

*) 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