



Name:

Alter:

Aktuelle berufliche Tätigkeit:

Folgende Sportarten übe ich regelmäßig aus:

wie oft ? x / Woche

Bei Läufern mit Wettkampferfahrung tragen Sie hier Ihre aktuellen Bestzeiten ein:

5 km

10 km

HM

Marathon

Haben Sie in diesem oder nächsten Jahr ein spezielles Wettkampfziel ?

Wo haben Sie Beschwerden ?

- Achillessehne (mittleres Drittel) Achillessehne (Ansatz)
 unterhalb der Kniescheibe (Patellarsehne)
 »Fersensporen« Kniegelenk seitlich (Ilio-tibiales-Band)
 Gesäß / Hüfte seitlich andere Stelle:

rechts / links / beidseits

Seit wann bestehen die Beschwerden ? ____ Tage ____ Wochen ____ Monate

Wie stark sind Ihre Beschwerden auf einer Bandbreite von
0 = keine Schmerzen und 10 = Hölle,

Im Alltag: ____

Während der Belastung/im Sport: ____

Direkt nach der Belastung/nach dem Sport: ____

Beschwerden/Schmerzen am Tag nach Belastung/Sport: ____

Was denken Sie hat Ihre Beschwerden ausgelöst ?

- Beginnende Beschwerden ignoriert
- Trainingsumfang / Trainingskilometer zu schnell gesteigert
- Tägliche Belastung ohne Regeneration / Pausentage (Trainingslager, intensive Wettkampfvorbereitung)
- Intervalltraining/Tempotraining/Berglauf
- Wiedereinstieg in den Sport nach kompletter Sportpause
- Neue Laufschuhe
- Neue Einlagen
- Ich bin Vorfußläufer
- Auf Minimal-/Barfußschuhe gewechselt
- Ich habe auf Vorfuß-/Barfußlaufen umgestellt
- Vermehrt auf Sand / am Strand gelaufen (Urlaub)
- Häufig unebener Laufuntergrund (z.B. Waldwege, Trails)

- Kein begleitendes Training von Kraft / Stabilität / Koordination
- Zurückliegende Verletzung. Welche Stelle / Wann ?
-
-
-
- Bauchumfang > 88 cm bei Frauen Bauchumfang > 102 cm bei Männern

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt ?

- Unterfunktion der Schilddrüse
- Erhöhte Cholesterinwerte
- Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)
- Erhöhte Harnsäure

- Ich habe Rheuma (z.B. chronische Polyarthrit, Morbus Bechterew oder Morbus Reiter)
- Ich habe Schuppenflechte (Psoriasis)
- Ich habe eine chronisch entzündliche Darmerkrankung (Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn)

Folgende Medikamente muss ich einnehmen / habe ich eingenommen

- Antibiotika aus der Gruppe der Chinolone: Ciprofloxazin, Levofloxacin, Moxifloxazin, Norfloxacin oder Ofloxacin)
- Cholesterinsenker
- Kortisontabletten
- Leflunomid (Arava) bei Rheuma
- Gliptine (DPP4-Hemmer) bei Zuckererkrankung
- Isotretinoin (bei Akne)
- Anabolika

Welche Untersuchungen wurden bei Ihnen bisher durchgeführt ?

- Ultraschall Röntgen CT Kernspin (MRT)

Welche Behandlungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt ?

-
-
-
-
-
-

Ist Ihnen an die schmerzende Stelle Kortison gespritzt worden ?

- JA NEIN wenn ja, wie oft ? _____ mal

Bitte schicken Sie den ausgefüllten Fragebogen

zusätzlich

aktuelle Laborwerte und Befundberichte

vor Ihrem Termin in unserer Praxis

per Fax an: 08722 - 9697451

per Email an: hilfe@drfrankweinert.de

Wie können wir Sie bei Rückfragen erreichen ?

Tel:

Mobil:

Email:

Herzlichen Dank

Ihr Praxisteam Dr. med. Frank Weinert