

## Fragebogen für den Sportler



Name, Vorname : \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum : \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort : \_\_\_\_\_  
Straße : \_\_\_\_\_  
Telefon : \_\_\_\_\_

Datum : \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

### Erkrankungen in der Familie (Familie bedeutet : Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

- 1 Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt? ja  nein   
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre
- 2 Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)? ja  nein   
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre
- 3 Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet? ja  nein   
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre  
Ursache bekannt  ja, welche? \_\_\_\_\_
- 4 Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor? ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 5 Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten? ja  nein   
Bei wem? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre

### Eigene frühere Erkrankungen

- 6 Sind Ihnen Kinderkrankheiten bekannt? ja  nein   
 Masern  Mumps  Röteln  Windpocken  
 Scharlach  Keuchhusten  Sonstige : \_\_\_\_\_
- 7 Bisherige Operationen ja  nein   
 Mandeloperation wann? \_\_\_\_\_  
 Blinddarmoperation wann? \_\_\_\_\_  
 Leistenbruchoperation wann? \_\_\_\_\_  
 Sonstige : \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_
- 8 Unfälle/Brüche ja  nein   
Wenn ja, welche / wann? \_\_\_\_\_

### Krankheiten

- 9 Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein vergrößertes Herz? ja  nein   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- 10 Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? ja  nein   
Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_
- 11 Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt? ja  nein   
Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_
- 12 Fühlen Sie sich jetzt gesund? ja  nein   
Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

### Spezielle Fragen

- 13 Hatten Sie in den letzten zwei Jahren :  
- Plötzliche Ohnmachten beim Sport (Kollaps)? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ ja  nein   
- Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ ja  nein   
- Herzschmerzen beim Sport? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ ja  nein   
- Herzstolpern beim und nach dem Sport? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ ja  nein   
- Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ ja  nein
- 14 Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ ja  nein   
unbekannt
- 15 Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken? ja  nein   
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- 16 Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung? ja  nein
- 17 Bei Frauen : Sind Sie schwanger? ja  nein
- 18 Haben Sie irgendwelche Beschwerden? ja  nein   
Wenn ja : Schlafstörungen Appetitmangel  
Verstopfung Beschwerden beim Wasserlassen  
Sonstiges \_\_\_\_\_
- 19 Leiden Sie unter Atembeschwerden? ja  nein   
Atemnot Husten Auswurf
- 20 Leiden Sie unter Herzschmerzen (Enge im Brustkorbbereich)? ja  nein
- 21 Sind Ihnen Allergien bekannt? ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- 22 Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren (> 2kg)? ja  nein
- 23 Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung? ja  nein

### Risikofaktoren

- 24 Bestehen bei Ihnen so genannte Risikofaktoren?  
- Rauchen ja  nein   
- Übergewicht ja  nein   
- Fettstoffwechselstörung ja  nein   
- Zuckerkrankheit ja  nein   
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja  nein   
Bier  Wein  Schnaps  \_\_\_\_\_ Gläser pro Tag \_\_\_\_\_ Gläser pro Woche

### Bisherige Impfungen

- 25 Nur Ihnen **bekannt** Impfungen eintragen. ja  nein   
 Tetanus, zuletzt am? \_\_\_\_\_ Tuberkulose   
 Masern  Keuchhusten Windpocken   
 Hepatitis ( Leberentzündung): A  B  Sonstige : \_\_\_\_\_

### Medikamente

- 26 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja  nein   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Vorgeschichte zum Sport**

Sportart		von (Jahr)	bis (Jahr)	Trainingseinheiten pro Woche	Zeit pro Trainingseinheit pro Minute
	regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/>				
	regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/>				
	regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/>				
	regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/>				
	regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/>				

27 In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich?

- Vorbereitung       Wettkampf       Übergangsperiode

28 Sind Sie selber Trainer?

- Trainer       Übungsleiter       Sportlehrer

29 Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als 2 Wochen? ja  nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur sportmedizinischen Untersuchung:**

Ich stimme zu, dass auf der Grundlage der gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz die personengebundenen Daten inkl. Untersuchungsergebnisse auf elektronischen Speichermedien archiviert werden, dem Zugriff der zuständigen und dem Datenschutz verpflichteten Mitarbeiter unterliegen, anonymisiert für wissenschaftliche Auswertungen verwendet und mir selbst übermittelt werden. Die Weitergabe an Dritte bedarf meiner schriftlichen Genehmigung. Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Die sportärztliche Untersuchung und ggf. die daraus abgeleiteten Trainingsempfehlungen können keine Garantie vor Gesundheitsschäden durch sportliche Betätigungen darstellen. Sie bilden lediglich eine Empfehlung, um unter Berücksichtigung wechselnder äußerer Umstände, eigenverantwortlich und gesundheitsorientiert Sport zu treiben.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift  
(des/der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)