

Fragebogen Sportler

Angaben zur Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____

Straße: _____

Telefon/Handy: _____ / _____

E-Mail: _____

Verein: _____

Position: _____

Größe/Gewicht: _____ / _____ kg

Erkrankungen in der Familie (d.h. Vater, Mutter, Großeltern, Geschwister)

1. Starb ein Verwandter unter 55 Jahren an einem 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? Wenn ja, welche? _____

4. Liegt in der nahen Verwandtschaft eine auffällige Herzkrankheit vor? nein
Wenn ja, welche? _____

5. Ist in der Familie ein Schlaganfall aufgetreten? ja nein
Wenn ja, bei wem? _____
In welchem Alter? _____ Jahre

Eigene frühere Erkrankungen

Sind dir Kinderkrankheiten bekannt?

- Mumps Masern Röteln Windpocken
 Scharlach Keuchhusten Sonstige: _____

Bisherige Operationen:

- Mandeloperation Wann? _____
 Blinddarmoperation Wann? _____
 Leistenbruchoperation Wann? _____
 Sonstige: Wann? _____
Was? _____

Unfälle/Brüche ja nein

Wenn ja: Welche? _____ Wann? _____

Wenn ja: Welche? _____ Wann? _____

Wenn ja: Welche? _____ Wann? _____

Krankheiten

Hat Ihnen ein Arzt gesagt, dass das Herz vergrößert ist? ja nein

Wenn ja, wann? _____

Ist eine Herzerkrankung bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? Seit wann? _____

Ist eine andere Krankheit bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? Seit wann? _____

Fühlst du dich gesund? ja nein

Spezielle Fragen

Hattest du in den letzten 2 Jahren:

1. Plötzliche Ohnmacht (Kollaps) beim Sport? ja, wann? _____ nein
2. Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? ja, wann? _____ nein
3. Herzschmerzen beim Sport? ja, seit wann? _____ nein

4. Herzstolpern beim Sport oder danach? ja, seit wann? _____ nein
 5. Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? ja, seit wann? _____ nein
 6. Gehirnerschütterung? ja, wann? _____ nein
 7. Trägst du eine Brille? ja, seit wann? _____ nein
 Warum? _____

8. Trägst du Einlagen in den Schuhen? ja, seit wann? _____ nein
 Warum? _____

9. Besteht erhöhter Blutdruck? ja, seit wann? _____ nein
unbekannt

10. Hast du Muskel- oder Gelenkbeschwerden? ja nein
 Wenn ja, welche, wo, seit wann?

11. Hattest oder hast du zurzeit Leistenschmerzen? ja nein

12. Fühlst du dich unsicher bei körperlicher Belastung? ja nein

13. Bei Frauen, bist du schwanger? ja nein

14. Hast du irgendwelche Beschwerden?

Schlafstörungen? ja nein

Appetitmangel? ja nein

Verstopfung? ja nein

Beschwerden beim Wasserlassen? ja nein

Sonstiges: _____

15. Leidest du an Atembeschwerden? ja nein

Atemnot? ja nein

Husten? ja nein

Auswurf? ja nein

16. Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

17. Hattest du in den letzten 3 Wochen einen Infekt/eine Erkältung? ja nein

18. Hast du in den letzten 2 Wochen deutlich an Gewicht verloren(>2kg) ja nein

Risikofaktoren

Bestehen folgende Risikofaktoren?

- a) Rauchen ja nein
- b) Übergewicht ja nein
- c) Fettstoffwechselstörung ja nein
- d) Zuckerkrankheit ja nein
- e) Trinkst du regelmäßig Alkohol ja nein
Bier Wein Schnaps
Gläser pro __ Tag, __ Woche?

Bisherige Impfungen:

Bitte nur die bekannten Impfungen eintragen.

Tetanus, zuletzt wann? _____

Masern ja Keuchhusten ja Tuberkulose ja Windpocken ja

Hepatitis A ja Hepatitis B ja Sonstige: _____

Medikamente:

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Vorgeschichte zum Sport:

In welcher Trainings Periode befindest du dich?

Vorbereitung Wettkampf Übergangsperiode

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

Wenn ja, warum? _____

Sonstige Bemerkungen?

Datum/ Unterschrift