



Medizinischer Fragebogen SportlerIn

Angaben zur Person:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon / Handy: _____ / _____

E-Mail: _____

Verein: _____

Position: _____

Größe / Gewicht: _____ m / _____ 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? ja nein

Wenn ja, welche? _____

5. Ist in der Familie ein Schlaganfall aufgetreten? ja nein

Wenn ja, wer? _____ 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 Was? _____ Wann? _____

Unfälle/Brüche

Hattest Du schon einmal einen Unfall oder hast Dir etwas gebrochen ja nein

Wann? _____ Was? _____

Wann? _____ Was? _____

Wann? _____ Was? _____

Wann? _____ Was? _____

Krankheiten

Hat Dir ein Arzt gesagt, dass Dein 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 zwei Jahren:

1. Plötzliche Ohnmacht (Kollaps) beim Sport? ja nein

Wenn ja, wann? _____

2. Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? ja nein

Wenn ja, wann? _____

3. Herzschmerzen beim Sport? ja nein

Wenn ja, wann? _____

4. Herzustolpern beim Sport oder danach? ja nein

Wenn ja, wann? _____

5. Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? ja nein

Wenn ja, wann? _____

6. Gehirnerschütterung? ja nein

Wenn ja, wann? _____

7. Trägst du eine Brille? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Warum? _____

8. Trägst Du Einlagen in den Schuhen? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Warum? _____

9. Besteht erhöhter Blutdruck? ja nein unbekannt

10. Hast Du Muskel- oder Gelenksbeschwerden? ja nein

Wenn ja, seit wann? _____

Welche und wo? _____

11. Hattest oder hast Du zurzeit Leistenschmerzen? ja nein

12. Fühlst Du Dich unsicher bei körperlicher Belastung? ja nein

13. Hast Du irgendwelche Beschwerden?

Schlafstörungen? ja nein

Appetitmangel? ja nein

Verstopfung? ja nein

Beschwerden beim Wasserlassen? ja nein

sonstiges: _____

14. Leidest Du an Atembeschwerden? ja nein Atemnot? ja nein

Husten? ja nein Auswurf? ja nein

15. Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

16. Hattest Du in den letzten 3 Wochen einen Infekt/eine Erkältung? ja nein

17. Hast Du in den letzten 2 Wochen deutlich an Gewicht verloren (>2kg)? ja nein

18. Bei Frauen: bist Du schwanger? 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 _____, pro _____ Woche?

Bisherige Impfungen:

Bitte nur die bekannten Impfungen eintragen.

Tetanus, zuletzt wann? _____

SARS-CoV-2 / COVID-19 (Corona), zuletzt wann? _____

Masern Keuchhusten Tuberkulose Windpocken Hepatitis A

Hepatitis B sonstige: _____

Medikamente:

Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Vorgeschichte zum Sport:

In welcher Trainingsperiode 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?

Ort, Datum und Unterschrift

Kontaktdaten Verbandsarzt AFCV NRW:

Ulrich Grünwald | E-Mail: ulrichgruenwald@freenet.de