

Fragebogen für den Sportler Ebene III, ab Stufe 2 (ausführliche Version)

Angaben zur Person Datum: _____
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
PLZ/Ort: _____
Straße: _____
Telefon: _____
weiblich männlich

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? _____
– Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? Wenn ja, wann? _____
– Herzschmerzen beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____
– Herzstolpern beim und nach dem Sport? Wenn ja, seit wann? _____
– Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____

14 Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? _____

15 Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken?
Wenn ja, wo? _____

16 Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung? j

17 Bei Frauen: Sind Sie schwanger?

18 Haben Sie irgendwelche Beschwerden?
Wenn ja:
Schlafstörungen
Appetitmangel
Verstopfung
Beschwerden beim Wasserlassen
Sonstiges _____

19 Leiden Sie unter Atembeschwerden?
Atemnot Husten Auswurf

20 Leiden Sie unter Herzschmerzen (Enge im Brustkorbbereich)?

21 Sind Ihnen Allergien bekannt?
Wenn ja, welche? _____

22 Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren (> 2 kg)?

23 Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung?

Risikofaktoren

24 Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren?
– Rauchen
– Übergewicht
– Fettstoffwechselstörung
– Zuckerkrankheit
– Trinken Sie regelmäßig Alkohol?
Bier Wein Schnaps Gläser pro Tag Woche? _____

Bisherige Impfungen

25 Nur Ihnen bekannte Impfungen eintragen.
Tetanus, zuletzt am? _____
Tuberkulose

Masern Keuchhusten Windpocken Hepatitis (Leberentzündung): A B
Sonstige: _____

Medikamente

26 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? j
Wenn ja, welche? _____

Vorgeschichte zum Sport

Sportart von (Jahr) bis (Jahr) Trainingseinheiten pro Woche Zeit
Trainingseinheit pro Minuten regelmäßig unregelmäßig regelmäßig unregelmäßig regelmäßig
unregelmäßig regelmäßig unregelmäßig regelmäßig unregelmäßig 27 In welcher
Trainingsperiode befinden Sie sich? Vorbereitung Wettkampf Übergangsperiode 28 Sind Sie
selber? Trainer Übungsleiter Sportlehrer 29 Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von
mehr als zwei Wochen? ja nein Wenn ja, warum?

_____ Bestleistungen Disziplin Leistung Platzierung
Jahr