

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

# Fragebogen für den Sportler

Ebene III, ab Stufe 2 (ausführliche Version)



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

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

## 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?  
 Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  ja  nein
- 10 Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt?  
 Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_  ja  nein
- 11 Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt?  
 Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_  ja  nein
- 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
  - Herztolpern 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 (> 2 kg)?  ja  nein
- 23 Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung?  ja  nein

**Risikofaktoren**

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

**Bisherige Impfungen**

- 25 Nur Ihnen bekannte 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 Minuten
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				

- 27 In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich?  ja  nein  
 Vorbereitung  Wettkampf  Übergangsperiode
- 28 Sind Sie selber?  ja  nein  
 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