

**Fragebogen Gesundheit und Sport**

**Datum:**

**a) Angaben zur Person**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

weiblich

männlich

**b) Angaben zur Gesundheit**

**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? \_\_\_\_\_  nein
- 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  
O Masern O Mumps O Röteln O Windpocken  
O Scharlach O Keuchhusten O Sonstige: \_\_\_\_\_
- 7 Bisherige Operationen  ja  nein  
O Mandeloperation wann? \_\_\_\_\_  
O Blinddarmoperation wann? \_\_\_\_\_  
O Leistenbruchoperation wann? \_\_\_\_\_  
O 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  
O unbekannt
- 15 Leiden Sie unter Atembeschwerden?  ja  nein  
O Atemnot O Husten O Auswurf
- 16 Leiden Sie unter Herzschmerzen (Enge im Brustkorbbereich)?  ja  nein
- 17 Haben Sie sonstige Beschwerden?  ja  nein  
Wenn ja: O Schlafstörungen O Appetitmangel  
O Verstopfung O Beschwerden beim Wasserlassen  
O Sonstiges \_\_\_\_\_
- 18 Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken?  ja  nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- 19 Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung?  ja  nein
- 20 Bei Frauen: Sind Sie schwanger?  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? o ja o nein

**Risikofaktoren**

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

**Bisherige Impfungen**

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

**Medikamente**

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

**c) Angaben zum Sport**

- 28 a) Ich treibe keinen Sport  b) Ich treibe nur unregelmäßig Sport   
 c) Ich treibe regelmäßig Sport  d) Ich bin Leistungssportler und nehme   
 regelmäßig an Wettkämpfen teil

Sportart		von (Jahr)	bis (Jahr)	Trainingseinheiten pro Woche	Zeit pro Trainingseinheiten pro Minuten
	O regelmäßig O unregelmäßig				
	O regelmäßig O unregelmäßig				
	O regelmäßig O unregelmäßig				
	O regelmäßig O unregelmäßig				

- 29 In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich?  
 O Vorbereitung O Wettkampf O Übergangsperiode
- 30 Sind Sie selber?  
 O Trainer O Übungsleiter O Sportlehrer
- 31 Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen? o ja o nein  
 Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

### 32. Persönliche Bestleistungen (falls bekannt)

Disziplin	Leistung	Platzierung	Jahr