

Befragungsbogen zur Untersuchung auf Sporttauglichkeit

Name:.....Vorname:.....Geb.Datum:.....
Anschrift:.....Tel.:.....

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst genau aus! Sie helfen uns damit, Ihre sportliche Leistungsfähigkeit besser einzuschätzen. Vielen Dank!

Sehr geehrte Sportlerin, sehr geehrter Sportler,

durch Ihre Mitarbeit helfen Sie uns, das Beste für eine sportliche Untersuchung und Vorsorge zu tun. Ihre Antworten sollen vorab ein Bild über den jeweiligen Gesundheitszustand vermitteln. So können gezielter bestehende oder mögliche gesundheitliche Probleme bewertet und ggf. weitergehend untersucht werden.

Allgemeine Angaben

Alter:	Größe:	Gewicht:
Beruf:		
Welche Sportart(en) wird/werden überwiegend betrieben?		
Seit wann betrieben?		
Wie oft?		
Evtl. Verein, Mannschaft:		
Trainingsaufwand pro Woche in Stunden:		

Fragen zur Gesundheit

Befanden Sie sich in letzter Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestanden in der Vergangenheit jemals folgende Beschwerden: Beschwerden: Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Schwindel, Sehstörungen, Brustschmerz, ungewöhnliche oder plötzlich auftretende Luftnot, Herzstolpern, Herzrasen oder Herzaussetzer?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind in der Familie Herzkrankheiten bekannt oder ist jemand an einem Herzschlag verstorben (plötzlicher Herztod)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Impfschutz für Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A/B?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht das Gefühl, schneller als die Sportkameraden zu ermüden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, Drogen oder leistungsfördernde Substanzen ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Frühere Operationen? Welche? Wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gab es bisher Sportverletzungen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gab es sonstige Probleme im Bereich des Bewegungsapparates (Gelenke, Muskeln, Knochen, Sehnen)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie orthopädische Hilfsmittel (Bandagen, Tapes, Orthesen)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind Allergien bekannt? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wissen Sie, ob Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden oder litten?		
Herzerkrankungen (z.B. Infarkt, Herzfehler, Herzschwäche, Herzmuskelentzündung, Herzjagen, Herzstolpern)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kreislaufbeschwerden (z.B. hoher/niedriger Blutdruck, Kreislaufschwäche, Atemnot bei Belastung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Durchblutungsstörungen, (Krampfadern, Thrombosen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Erkrankung der Atemwege (Bronchitis, Asthma, Tbc, Lungenentzündung, Rippenfellentzündung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leberbeschwerden („Gelbsucht“/Hepatitis, Fettleber, Zirrhose)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenbeschwerden (Nierensteine, Entzündung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Gicht, Schilddrüse, erhöhtes Cholesterin)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Augenbeschwerden (grüner Star, trockene Bindehaut, Brillen-/Kontaktlinsenträger)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Neurologische/psychische Beschwerden? (Nervenbeeinträchtigung, Krampfleiden, Entzündungen, Gürtelrose, Depression)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung (Nasenbluten, Blutergüsse, Gerinnungsstörungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chronische Schmerzen Wo und seit wann?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Andere nicht genannte Erkrankungen? Welche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Tragen Sie Zahnersatz oder haben Sie lockere Zähne?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lebensgewohnheiten:		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel? Falls Sie einmal geraucht haben, seit wann nicht mehr?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wieviel? Wie oft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich versichere die Angaben nach bestem Wissen gemacht zu haben:

Datum:

Unterschrift: