

Name : _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Größe: _____

_____ Gewicht: _____

1. Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern):

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen)

- 1.1 Plötzlicher Todesfall, bes. vor dem 65 Lebensjahr Herzkrankheiten Angina pectoris
 Gefäßkrankheiten (Beine, Halsgefäße) Herzinfarkt Schlaganfall (Hirnschlag)
 Eingriffe am Herzen (Herz-Operation, Ballondehnung, Herzschrittmacher)
 Angeborene Gefäßleiden (Marfan- Syndrom) Allergien gehäufte Thrombosen

1.2 Herzkreislauf-Risikofaktoren:

- Bluthochdruck Diabetes (Zuckerkrankheit) Fettstoffwechselstörung

2. Eigene gesundheitliche Angaben:

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen)

2.1. Welche Kinderkrankheiten haben Sie durchgemacht?

- Keuchhusten Masern Mumps Röteln Scharlach Windpocken

Andere: _____

2.2 Besteht bei Ihnen Impfschutz gegen:

- Tetanus Diphtherie Polio Hepatitis A Hepatitis B Keuchhusten
 Masern Mumps Röteln

Andere (FSME): _____

2.3 Welche Allergien haben Sie?

2.4 Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Erkrankungen, wie z.B. Herzkrankheit (Herzinfarkt,- schwere Rhythmusstörungen), Thrombosen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung (erhöhtes Cholesterin), Allergien (z.B. Heuschnupfen), Lungenerkrankung (z.B. Asthma), neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie), Migräne, Schilddrüsenerkrankung, chronische Darmerkrankung, orthopädische Erkrankungen (z.B. Rheuma) oder eine körperliche Behinderung?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

2.5 Besteht bei Ihnen eine Erkrankung der Sinnesorgane (z.B. Brille/Kontaktlinse, Ohren, Trommelfell, Nase) oder der Zähne?

Ja Nein

2.6 Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel, sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche? (insbesondere β -Rezeptoren-Blocker, Diuretika (harntreibende Medikamente), Kortison oder andere?)

2.7 Welche Operationen oder Krankenhausaufenthalte hatten Sie (was, wann)?

2.8 Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gipsversorgung, schwere Verletzungen (was, wann)?

2.9 Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht? Wenn ja, wie viel, wie lange, wie viel Packungen pro Tag ?

Wie häufig trinken Sie Alkohol? _____

3. Eigene aktuelle oder frühere Beschwerden:

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen)

3.1. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals folgende Beschwerden?

- Bewusstlosigkeit Ohnmachtszustände (Kollaps) Schwindel Brustschmerzen
 Herzrasen Herzstolpern/Herzaussetzer Luftnot (Ruhe, Belastung)
 Magen-Darm-Beschwerden

3.2 Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken (Wirbelsäule)?

- Ja Nein Wenn ja, wo? _____

3.3 Können Sie sich gut belasten, auch im Vergleich zu Ihren Sportkameraden/innen?

- Ja Nein

3.4 Bestehen oder bestanden bei körperlicher Aktivität Unsicherheiten (z.B. Gleichgewichtsstörungen)?

- Ja Nein

3.5 Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen schwereren Infekt/Erkältung/Fieber?

- Ja Nein

3.6 Hatten Sie in letzter Zeit deutliche Gewichtsschwankungen?

- Ja Nein Höchstes/Niedrigstes Körpergewicht (kg)? _____

4. Sonstiges:

4.1 Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung? _____

4.2 Welche bisher nicht aufgeführten ärztlichen oder krankengymnastischen Untersuchungen oder Vorsorge-Untersuchungen/Behandlungen erfolgten in den letzten 2 Jahren?

4.3 Für weiblich Sporttreibende:

Nehmen Sie ein Antikonzeptivum ein (Antibabypille)?

- Ja Nein Wenn ja, welche? _____

Anzahl bisheriger Geburten? _____ Sind Sie schwanger ja/nein? _____

5. Sportanamnese:

5.1 Waren Sie früher sportlich aktiv?

- Regelmäßig Gelegentlich Selten Nie Bis vor _____ Jahren.

5.2 Haben Sie ein sportliches/leistungssportliches Training betrieben?

- Ja Nein

Wenn ja, welche Sportart? _____ Stunden pro Woche? _____

5.3 Haben Sie an Wettkämpfen teilgenommen?

- Ja Nein

Wenn ja, welche? _____ Welche Bestzeiten? _____

5.4 Sind Sie jetzt sportlich aktiv?

- Ja Nein

Wenn ja, wie oft pro Woche? _____ Wie viele Minuten? _____

5.5 Sind Sie regelmässig im Alltag körperlich aktiv? z.B.: Spaziergehen, Treppensteigen, Wandern, Gartenarbeit, Radwandern, Walking, Nordic Walking?

- Ja Nein Wenn ja, wie oft pro Woche? _____

5.6 Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Welche sportliche Aktivität machen Sie regelmäßig?

- Fitnessstraining Gymnastik Fitness-Studio Keine

5.9 Haben Sie längere Trainingspausen eingelegt?

- Ja Nein

Datum: _____

Unterschrift: _____