



## FRAGEBOGEN FÜR SPORTTREIBENDE

- S.1 -

**Angaben zur Person**       weiblich     männlich      Datum: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

### 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? \_\_\_\_\_

2. Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)?       ja     nein

Wenn ja wer? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_

3. Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet?       ja     nein

Wenn ja wer? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_

Ursache bekannt :  ja welche? \_\_\_\_\_  nein

4. Liegt bei einem 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? \_\_\_\_\_

### Eigene frühere Erkrankungen

6. Sind Kinderkrankheiten bekannt?       ja     nein

Masern     Mumps     Scharlach     Keuchhusten     Röteln     Windpocken     Sonstige

7. Bisherige Operationen

Mandeloperation      Wann? \_\_\_\_\_

Blinddarmoperation      Wann? \_\_\_\_\_

Leistenbruchoperation      Wann? \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

8. Unfälle / Brüche       ja     nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_



## FRAGEBOGEN FÜR SPORTTREIBENDE

- S.2 -

### 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 bei 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 Ohnmacht beim Sport (Kollaps)?  ja  nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
  - Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport?  ja  nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
  - Herzschmerzen beim Sport?  ja  nein  
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_
  - Herzstolpern beim und nach dem Sport?  ja  nein  
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_
  - Ungewöhnliche Luftnot beim Sport?  ja  nein  
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_
14. Besteht ein erhöhter Blutdruck?  ja  nein  
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_
15. Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken?  ja  nein  
Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_
16. Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung?  ja  nein
17. Bei Frauen: Sind Sie schwanger?  ja  nein
18. Haben Sie irgendwelche Beschwerden?  ja  nein  
 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 bei 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



## FRAGEBOGEN FÜR SPORTTREIBENDE

- S.3 -

### Risikofaktoren

24. Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren?

- Rauchen

ja  nein

- Übergewicht

ja  nein

- Fettstoffwechselstörung

ja  nein

- Zuckerkrankheit

ja  nein

- Trinken Sie Alkohol?

ja  nein

Bier

Wein

Schnaps

\_\_\_ Gläser pro Tag

### Bisherige Impfungen

25. Nur Ihnen bekannte Impfungen eintragen

ja  nein

Tetanus, zuletzt am ? \_\_\_\_\_

Masern

Keuchhusten

Tuberkulose

Windpocken

Hepatitis ( Leberentzündung)

A  B

Corona

1.  2.  3.  4.

Sonstige \_\_\_\_\_

### Medikamente

26. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja  nein

Wenn ja , welche ? \_\_\_\_\_

### Vorgeschichte zum Sport

Sportart \_\_\_\_\_

regelmäßig

unregelmäßig

Trainingseinheiten pro Woche \_\_\_\_\_

Zeit pro Trainingseinheit in Minuten \_\_\_\_\_

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 2 Wochen?

ja  nein

Wenn ja warum ? \_\_\_\_\_