



## 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 memtus)? 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  
Mandelopoperation Wann?  
Blinddarmoperation Wann?  
Leistenbruchoperation Wann?  
Sonstige: Wann?
8. Unfälle / Brüche ja nein  
Wenn ja, welche? Wann?



## FRAGEBOGEN FÜR SPORTTREIBENDE

- S.2 -

### Krankheiten

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

