



Fragebogen zur Sparteignung

Name:

Alter: , Größe: cm, Gewicht: kg

		ja	nein
1	Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, sie hätten «etwas am Herzen» und Ihnen Bewegung und Sport nur unter ärztlicher Kontrolle empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung (Anstrengung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Haben Sie Knochen-oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herz- oder Atemproblems verschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Nehmen Sie noch andere Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Kennen Sie irgendeinen anderen Grund, warum Sie nicht körperlich/sportlich aktiv sein sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ist Ihnen, aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rat, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu betreiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Waren sie in den letzten 3 Wochen akut erkrankt oder litten Sie an einem Infekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum: / /20__

Unterschrift:



Seite 2 von 3

Zutreffendes ankreuzen, unterstreichen und ergänzen

ja

nein

- | | | ja | nein |
|-----|--|--------------------------|--------------------------|
| 3.2 | Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken (Wirbelsäule)? Wenn ja wo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 | Können Sie sich gut belasten , auch im Vergleich zu Ihren Sportkameraden/innen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 | Bestehen oder bestanden bei körperlicher Aktivität Unsicherheiten (z.B. Gleichgewichtsstörungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 | Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen schwereren Infekt/Erkältung/Fieber? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.6 | Hatten Sie in letzter Zeit deutliche Gewichtsschwankungen?
Höchstes _____ / niedrigstes _____ Körpergewicht (kg)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.1 | Sonstiges:
4.1 Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 | Welche nicht aufgeführten ärztlichen oder krankengymnastischen Untersuchungen , Vorsorge-Untersuchungen, Behandlungen erfolgten in den letzten 2 Jahren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.1 | Sportanamnese:
Waren Sie früher sportlich aktiv?
Regelmäßig, gelegentlich, selten, nie?
Bis vor _____ Jahren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Haben Sie ein sportliches /leistungssportliches Training betrieben?
Sportart:
Stunden pro Woche: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 | Haben Sie an Wettkämpfen teilgenommen?
Wenn ja, welche:
welche Bestzeiten: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4 | Sind Sie jetzt sportlich aktiv?
Wie oft pro Woche: _____ x _____ Minuten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.5 | Sind Sie regelmäßig im Alltag körperlich aktiv? z.B.:
Spaziergehen, Treppensteigen, Wandern, Gartenarbeit, Radfahren, Walking?
Wie oft pro Woche: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.6 | Betreiben Sie: regelmäßiges Fitnessstraining? Regelmäßige Gymnastik? Gehen Sie ins Fitness-Studio? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



Zutreffendes ankreuzen und ergänzen

ja

nein

6 **Herz-Kreislauf-Risikofaktoren:**

6.1 **Bluthochdruck**
seit wann:
Medikation:
Blutdruckwerte:

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

6.3 **Diabetes**
seit wann:
Medikation:
BZ-Werte:
HbA1c:

6.4 **Fettstoffwechselstörung**
seit wann:
Medikation:
Cholesterinwerte:
HDL / LDL:
Triglyceride:

6.5 Haben Sie längere **Trainingspausen** eingelegt?

7 **Ergänzungen durch den Arzt**