

Fragebogen zu Sporttauglichkeitsuntersuchungen

Bitte füllen Sie den Fragebogen vorab aus und bringen ihn zum Untersuchungstermin mit. Bis zum 18. Geburtstag sollten die Fragen gemeinsam mit den Eltern beantwortet werden.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Welche Sportarten betreiben Sie/möchten Sie betreiben? _____

Wie häufig in der Woche? _____

Nehmen Sie an Wettkämpfen teil? Ja Nein

Einstiegsfragen*:

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich/sportlich aktiv sein sollten?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

* empfohlen vom American College of Sports Medicine

Weitere Fragen:

Ist eine chronische Erkrankung bekannt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente ein?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Sind Allergien bekannt?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie schwere Verletzungen, Unfälle?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals Dopingsubstanzen angewendet?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Datum _____ **Unterschrift** (bei unter 18jährigen auch der Eltern)