

Fragebogen für den Sportler des AFCVNRW



Angaben zur Person:

Datum:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

PLZ/Ort:

Straße:

Telefon:

E-Mail Adresse:

Verein:

Position:

Größe:

Gewicht:

Erkrankungen der Familie(Familie bedeutet: Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

1. Starb ein naher Verwandter unter 55 an Herzinfarkt Ja / Nein
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? ____ Jahre
2. Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus) Ja / Nein
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? ____ Jahre
3. Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet? Ja / Nein
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? ____ Jahre
Ursache bekannt? Ja, welche? _____ Nein
4. Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor?
Wenn, ja welche? _____
5. Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten?
Bei wem? _____ In welchem Alter

Eigene frühere Erkrankungen

6. Sind Dir Kinderkrankheiten bekannt?
Masern Mumps Röteln Windpocken
Scharlach Keuchhusten Sonstige: _____
7. Bisherige Operationen:
Mandeloperation Wann? _____
Blinddarmoperation Wann? _____
Leistenbruchoperation Wann? _____
Sonstige Wann? _____
8. Unfälle/Brüche: Ja / Nein
Wenn ja, welche/wann?



Krankheiten

9. Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Du hättest ein vergrößertes Herz? Ja / Nein
Wenn ja, wann? _____
10. Ist bei Dir eine Herzerkrankung bekannt? Ja / Nein
Wenn ja, welche/seit wann? _____
11. Sind Dir sonstige Krankheiten bekannt? Ja / Nein
Wenn ja, welche/seit wann? _____
12. Fühlst Du Dich gesund? Ja / Nein
Wenn nein, welche Beschwerden hast Du? _____

Spezielle Fragen

13. Hattest Du in den letzten zwei Jahren:
- Plötzliche Ohnmacht beim Sport (Kollaps) Wenn ja, wann? _____ Ja / Nein
 - Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? Wenn ja, wann? _____ Ja / Nein
 - Herzschmerzen beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ Ja / Nein
 - Herzstolpern beim oder nach dem Sport? Wenn ja, seit wann? _____ Ja / Nein
 - Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ Ja / Nein
 - Gehirnerschütterung? Wenn ja, wann? _____ Ja / Nein
 - Trägst Du eine Brille Wenn ja, seit wann? _____ Ja / Nein
und warum? _____
 - Trägst Du Einlagen in den Schuhen Wenn ja, seit wann? _____ Ja / Nein
Und warum? _____
- 14: Besteht ein erhöhter Blutdruck Wenn, seit wann? _____ Ja / Nein
Unbekannt
15. Hast Du Beschwerden an Muskeln oder Gelenken? Ja / Nein
Wenn ja, wo?

16. Fühlst Du Unsicherheiten bei körperlicher Belastung? Ja / Nein

17. Bei Frauen: Bist Du schwanger Ja / Nein

18. Hast Du irgendwelche Beschwerden? Ja / Nein

Wenn ja: Schlafstörungen: Appetitmangel
Verstopfung: Beschwerden beim Wasserlassen
Sonstiges



19. Leidest Du unter Atembeschwerden: Ja / Nein
Atemnot: Husten: Auswurf:

20. Sind Dir Allergien bekannt? Ja/ Nein
Wenn ja, welche?

21. Hattest Du in den letzten drei Wochen einen Infekt/Erkältung? Ja / Nein

22. Hast Du in den letzten vier Wochen deutlich an Gewicht verloren (>2 Kg) Ja / Nein

Risikofaktoren:

23. Bestehen bei Dir sogenannte Risikofaktoren? Ja / Nein
- Rauchen Ja / Nein
- Übergewicht Ja / Nein
- Fettstoffwechselstörungen Ja / Nein
- Zuckerkrankheit Ja / Nein
- Trinkst Du regelmäßig Alkohol?
Bier Wein Schnaps Gläser pro ___ Tag, ___ Woche?

Bisherige Impfungen:

24. Nur Dir bekannte Impfungen eintragen.
Tetanus, zuletzt am? _____ Tuberkulose
Masern _____ Keuchhusten Windpocken
Hepatitis (Leberentzündungen) A B Sonstige

Medikamente:

25. Nimmst Du regelmäßig Medikament ein?
Wenn ja, welche?



Vorgeschichte zum Sport

26. In welcher Trainingsperiode befindest Du Dich?

Vorbereitung

Wettkampf

Übergangsperiode

27. Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen?

Wenn ja, warum?

28. Sonstige Bemerkungen?:

Datum

Unterschrift