cts
Sankt Rochus
Kliniken
Bad Schönborn

Zentrum
für Sportmedizin und
Leistungsdiagnostik

Sankt-Rochus-Allee 1-11 ③ 76669 Bad Schönborn ③ Telefon 07253 82-5301 oder 07253 82-4200
Fax 07253 82-5305 Mail t.thuerauf@sankt-rochus-kliniken.de

Fragebogen Gesundheit und Sport **Datum:**

a) Angaben zur Person

Name, Vorname: _____

Geb. Datum: _____

PLZ/Ort: _____

Straße: _____

Telefon: _____

o weiblich o männlich

b) Angaben zur Gesundheit

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

1 Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt? o ja o nein
Wenn ja, wer? _____In welchem Alter? _____Jahre

2 Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)? o ja o nein
Wenn ja, wer? _____In welchem Alter? _____Jahre

3 Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet? o ja o nein
Wenn ja, wer? _____In welchem Alter? _____Jahre

Ursache bekannt: o ja, welche? _____ o nein

4 Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor? o ja o nein
Wenn ja, welche? _____

5 Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten? o ja o nein
Bei wem? _____In welchem Alter? _____Jahre

Eigene frühere Erkrankungen

6 Sind Ihnen Kinderkrankheiten bekannt? o ja o nein

O Masern O Mumps O Röteln O Windpocken

O Scharlach O Keuchhusten O Sonstige: _____

7 Bisherige Operationen o ja o nein

O Mandeloperation wann? _____

O Blinddarmoperation wann? _____

O Leistenbruchoperation wann? _____

O Sonstige: wann? _____

8 Unfälle / Brüche o ja o nein

Wenn ja, welche / wann? _____

Krankheiten

9 Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein vergrößertes Herz? o ja o nein

Wenn ja, wann? _____

10 Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? o ja o nein

Wenn ja, welche / seit wann? _____

11 Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt? o ja o nein

Wenn ja, welche / seit wann? _____

12 Fühlen Sie sich jetzt gesund? o ja o nein

Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie? _____

Spezielle Fragen

13 Hatten Sie in den letzten zwei Jahren:

- Plötzliche Ohnmachten beim Sport (Kollaps)? Wenn ja, wann? _____ o ja o nein
- Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? Wenn ja, wann? _____ o ja o nein
- Herzschmerzen beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ o ja o nein
- Herzstolpern beim und nach dem Sport? Wenn ja, seit wann? _____ o ja o nein
- Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ o ja o nein

14 Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? _____ o ja o nein

O unbekannt

15 Leiden Sie unter Atembeschwerden? o ja o nein

O Atemnot O Husten O Auswurf

16 Leiden Sie unter Herzschmerzen (Enge im Brustkorbbereich)? o ja o nein

17 Haben Sie sonstige Beschwerden? o ja o nein

Wenn ja: O Schlafstörungen O Appetitmangel

O Verstopfung O Beschwerden beim Wasserlassen

O Sonstiges _____

18 Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken? o ja o nein

Wenn ja, wo? _____

19 Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung? o ja o nein

20 Bei Frauen: Sind Sie schwanger? o ja o nein

21 Sind Ihnen Allergien bekannt? o ja o nein

Wenn ja, welche? _____

22 Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren (> 2 kg)? o ja o nein

23 Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung? o ja o nein

Risikofaktoren

24 Bestehen bei Ihnen so genannte Risikofaktoren?

-Rauchen o ja o nein
-Übergewicht o ja o nein
-Fettstoffwechselstörung o ja o nein
-Zuckerkrankheit o ja o nein
-Stress o ja o nein

25 Trinken Sie regelmäßig Alkohol? o ja o nein
O Bier O Wein O Schnaps Gläser pro O Tag O Woche?

Bisherige Impfungen

26 Nur Ihnen **bekannte Impfungen** eintragen. o ja o nein
O Tetanus, zuletzt am? _____ O Tuberkulose
O Masern O Keuchhusten O Windpocken
O Hepatitis (Leberentzündung): O A O B O Sonstige:_____

Medikamente

27 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? o ja o nein
Wenn ja, welche? _____

c) Angaben zum Sport

28 a) Ich treibe keinen Sport O
b) Ich treibe nur unregelmäßig Sport O
c) Ich treibe regelmäßig Sport O
d) Ich bin Leistungssportler und nehme O regelmäßig an Wettkämpfen teil

Sportart		von (Jahr)	bis (Jahr)	Trainingsein-heiten pro Woche	Zeit pro Trai-ningseinheiten pro Minuten
	O regelmäßig O unregelmäßig				
	O regelmäßig O unregelmäßig				
	O regelmäßig O unregelmäßig				
	O regelmäßig O unregelmäßig				

29 In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich?
O Vorbereitung O Wettkampf O Übergangsperiode

30 Sind Sie selber?
O Trainer O Übungsleiter O Sportlehrer

31 Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen? o ja o nein
Wenn ja, warum? _____

32. Persönliche Bestleistungen (falls bekannt)

Disziplin	Leistung	Platzierung	Jahr