

Angaben zur Person

Datum: ____ . ____ . ____

Name, Vorname: _____

weiblich männlich

Geburtsdatum: _____ Vers.-Nr _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefonnr.: _____

Mobilnr.: _____

E-mail-Adresse: _____

Sportart: _____

Verein: _____

Trainer: _____

Vom Sportservice auszufüllen:

Rechnung an:

- Person
- Verein
- Kooperation

andere Adresse:

Landesförderung:

- Kader U19
- Kader Ü19
- Vereinsmitglied
- keine

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? _____ 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
4. Ursache bekannt: ja, welche? _____ nein
Liegt bei einem nahen 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? _____ Jahre

Eigene frühere Erkrankungen

6. Bisherige Operationen ja nein
_____ wann? _____
_____ wann? _____
_____ wann? _____
_____ wann? _____
7. Unfälle / Brüche ja nein
Wenn ja, welche / wann? _____
8. Bisherige oder aktuelle schwere oder chronische Erkrankungen ja nein
Wenn ja, welche / wann? _____

Krankheiten

9. Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein vergrößertes Herz? ja nein
Wenn ja, wann? _____
10. Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? ja nein
Wenn ja, welche / seit wann? _____
11. Fühlen Sie sich jetzt gesund? ja nein
Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie? _____

Spezielle Fragen

12. Hatten Sie in den letzten zwei Jahren:
 - Plötzliche Ohnmachten 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 und nach dem Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
13. Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
14. Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken? ja nein
Wenn ja, wo? _____
15. Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung? ja nein

16. Haben Sie irgendwelche Beschwerden? ja nein

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

17. Leiden Sie unter Atembeschwerden? ja nein

- Atemnot Husten Auswurf

18. Sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

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

20. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung? ja nein

Risikofaktoren

21. Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren?

- Rauchen ja nein
- Übergewicht ja nein
- Fettstoffwechselstörung ja nein
- Zuckerkrankheit ja nein
- Alkoholkonsum regelmäßig gelegentlich nie

Medikamente

22. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

23. Trainingsanamnese

Sportart	Seit wann?	Trainings- einheiten pro Woche	Dauer pro Trainingseinheit
1.			
2.			
3.			

24. falls zutreffend: Sportstunden in der Schule pro Woche: _____

25. In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich?

Vorbereitung Wettkampf Übergangsperiode

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

Hiermit erkläre ich, dass ich mich freiwillig einem Leistungstest beim Sportservice Vorarlberg unterziehe. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass dem Sportservice Vorarlberg und dessen Mitarbeiter im Falle von aus dem Test entstandenen gesundheitlichen Schäden keine rechtlichen Folgen entstehen.

Falls zutreffend:

Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse dieser Untersuchung mit den zuständigen Trainern besprochen werden.

ja nein

Datum: ____ . ____ . ____

Ort: _____

Unterschrift: _____