



Angaben zur Person

Datum: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ weiblich \_\_\_\_\_ männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Mobilnr.: \_\_\_\_\_

E-mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Sportart: \_\_\_\_\_

Verein: \_\_\_\_\_

Trainer: \_\_\_\_\_

**Wochennettottrainingszeit** in Stunden: \_\_\_\_\_

Schuheinlagen/Bandagen?: \_\_\_\_\_

**Chronische Beschwerden/Schmerzen?**: \_\_\_\_\_

**Verletzungen** in der letzten Saison?: \_\_\_\_\_

Sports related Concussions (**Gehirnerschütterungen**)?: \_\_\_\_\_



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

1. Ist jemand früh (vor 60 Jahren) verstorben? | ja | nein  
Wenn ja, wer, woran? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre
2. Gibt es Herzinfarkte in der Familie? | ja | nein  
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre
3. Ist / War jemand in der Familie zuckerkrank? | ja | nein  
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ Ab welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre
4. Liegt bei einem nahen Verwandten eine 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? \_\_\_\_\_

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:
- Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ | ja | nein
  - Herzschmerzen beim Sport? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ | ja | nein
  - Herzstolpern beim Sport oder in Ruhe? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ | ja | nein
13. Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ | ja | nein
14. Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken? \_\_\_\_\_ | ja | nein



15. Haben Sie irgendwelche Beschwerden? | ja | nein

Wenn ja:

- Schlafstörungen
- Appetitmangel
- Verstopfung
- Beschwerden beim Wasserlassen
- Sonstiges \_\_\_\_\_

16. Leiden Sie unter Atembeschwerden? | ja | nein

\_\_\_\_\_Atemnot \_\_\_\_\_Husten \_\_\_\_\_Auswurf

17. Sind Ihnen **Allergien** bekannt? | ja | nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

18. Sind Ihnen **Unverträglichkeiten** 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

22. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? | ja | nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

23. Nehmen Sie regelmäßig **Nahrungsergänzungsmittel** ein? | ja | nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

24. Trainingsanamnese:

**Hauptsportart:** \_\_\_\_\_

Trainingseinheiten pro Woche: \_\_\_\_\_

Trainingsstunden 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? \_\_\_\_\_

28. Machen Sie derzeit eine Diät oder streben Sie durch Sport eine Gewichtsabnahme an?  
Wenn ja, welche Diät? \_\_\_\_\_  
Und wie viel Kilo möchten Sie gern abnehmen? \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich, dass ich mich freiwillig einem Leistungstest im Olympiazentrum Vorarlberg unterziehe. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass dem Olympiazentrum 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:** \_\_\_\_\_



## Zustimmung zur Datenweitergabe

Der Olympiazentrum Vorarlberg GmbH ist die Wahrung der Privatsphäre, der Patientenrechte und des Datenschutzes ein großes Anliegen. Dennoch ist es wichtig, dass sowohl zur individuellen Entwicklung eines/r Sportler/in als auch zur Weiterentwicklung des Leistungsvermögens in einer Sportart Daten auch in einem größeren Zusammenhang analysiert und zur Entscheidungsfindung herangezogen werden können.

**Ich stimme der Weitergabe meiner im Rahmen der Leistungserbringung der Olympiazentrum Vorarlberg GmbH erhobenen Daten an den jeweils genannten Personenkreis zu. Diese Zustimmung gilt ohne zeitliche Beschränkung bis zu meinem schriftlichen Widerruf.**

	Medizinische Daten	Leistungsdiagnostische Daten	Labordaten
Fachbereiche Sport im Olympiazentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vereinstrainer/in, Verein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbandstrainer/in, Fachverband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auftragnehmer des Olympiazentrum Vorarlberg mit Vereinbarung zur Datenverarbeitung lt. DSGVO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Österr. Olympisches Comité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anonymisierte Nutzung (dh keine Möglichkeit zum Rückschluss auf einzelne Personen) in Studien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einschränkungen der obigen Auswahl (zB Weitergabe medizinischer Daten an den Vereinstrainer nicht gestattet) - freie Texteingabe:

**Vorname, Nachname:**

**Geburtsdatum:**

Gegebenenfalls Vorname, Nachname des/r Erziehungsberechtigten:

**Datum und Unterschrift** (bei Minderjährigen Unterschrift eines Erziehungsberechtigten):