

### Fragebogen zur sportärztlichen Untersuchung

Name: \_\_\_\_\_ Geboren am: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Fühlen Sie sich gesund? Ja  Nein

Kommentar: \_\_\_\_\_

(z.B. Atemnot, Husten, Brustschmerzen, Gelenkprobleme)

Hatten Sie in den letzte 3-4 Wochen eine schweren Infekt? Ja  Nein

#### Sportanamnese:

Sind Sie regelmäßig im Alltag körperlich aktiv? Ja  Nein

z.B. Spazierengehen, Treppensteigen, Wandern, Gartenarbeit, Radfahren, Radwandern,...

Sind sie aktuell sportlich aktiv?

Sportart: \_\_\_\_\_ Häufigkeit /Woche: \_\_\_\_\_ Minuten/Tag: \_\_\_\_\_

Sportart: \_\_\_\_\_ Häufigkeit /Woche: \_\_\_\_\_ Minuten/Tag: \_\_\_\_\_

Sportart: \_\_\_\_\_ Häufigkeit /Woche: \_\_\_\_\_ Minuten/Tag: \_\_\_\_\_

Betreiben Sie regelmäßig Fitnessstraining oder Gymnastik? Ja  Nein

Haben Sie früher ein leistungssportliches Training betrieben? Ja  Nein  Sportart? \_\_\_\_\_

Haben Sie an Wettkämpfen teilgenommen? Ja

Mit welchem Trainingspuls haben Sie im Durchschnitt Ihr Ausdauertraining absolviert?

weiß nicht

Fahrrad \_\_\_\_\_ S/min      Geschwindigkeit \_\_\_\_\_

Laufen \_\_\_\_\_ S/min      Pace \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Leistungsfähigkeit ein:

sehr gut    gut    befriedigend    ausreichend    schlecht

### Vorgeschichte:

Bestehen in Ihrer Familie schwerwiegenden Erkrankungen wie: Ja  Nein

Plötzlicher Todesfall, insbesondere vor dem 55. Lebensjahr, Herzkrankheiten, Angina pectoris, Herzinfarkt, Gefäßkrankheiten (Beine, Halsgefäße), Schlaganfall (Hirnschlag), Eingriffe am Herzen (Herz-Operation, Ballondehnung, Herzschrittmacher), Angeborene Gefäßleiden (Marfan-Syndrom), gehäufte Thrombosen, Allergien

HerzKreislauf-Risikofaktoren: Ja  Nein

wie Bluthochdruck, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung

Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Erkrankungen? Ja  Nein

wie z.B. Herzkrankheit (Herzinfarkt, schwere Rhythmusstörungen), vergrößertes Herz, Thrombosen, Bluthochdruck, Schlaganfall, Diabetes (Zuckerkrankheit), Fettstoffwechselstörung (erhöhtes Cholesterin), Adipositas/Übergewicht, Lungenerkrankung (z.B. Asthma), neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie), Migräne, Schilddrüsenerkrankung, chronische Darmerkrankung, orthopädische Erkrankungen (z.B. Rheuma) oder eine körperliche Behinderung?

Leiden Sie an Allergien? Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente? Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Hatten Sie größere Operationen? Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Ja  Nein  wieviel: \_\_\_\_\_ Exraucher seit: \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja  Nein  \_\_\_\_\_

Ernährungsgewohnheiten: Vollkost  Vegetarisch  Vegan  Andere

**Leistungstest:**

Haben Sie bereits früher eine Leistungsdiagnostik durchführen lassen? Ja  Nein

Ergebnis (falls bekannt): \_\_\_\_\_

---

**Sollten Sie bei uns einen Leistungstest durchführen lassen, bitte teilen Sie uns Ihre Ziele und Wünsche der Untersuchung mit:**

---

---

**Haftungsausschlusserklärung:**

Hiermit erkläre ich, dass ich freiwillig an der leistungsdiagnostischen Untersuchung teilnehme. Die maximale Belastung während der Untersuchung unterliegt meiner freien Entscheidung und wird nicht vom Untersuchungsleiter festgelegt. Ich kann jederzeit die Untersuchung abbrechen. Ich bin über die theoretisch denkbaren negativen gesundheitlichen Folgen eines maximalen Ausbelastungstests (z.B. Übelkeit, Kollaps, Herz-Kreislauf-Stillstand) aufgeklärt worden. Zur Trainingsplanung ist die Erreichung der anaeroben Schwelle ausreichend, eine maximale Ausbelastung über diese Schwelle ist nicht zwingend notwendig.

Ich bestätige, dass keine bekannten medizinischen Einwände gegen eine Belastungsuntersuchung bestehen und ich derzeit keine Medikamente nehme, die eine Gefahr in Zusammenhang mit der Leistungsdiagnostik darstellen können.

Die Teilnahme an der Leistungsdiagnostik erfolgt auf eigene Verantwortung.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift