

# COZ Wächtersbach

06053-615511 | info@mvz-waechtersbach.de |

Im Ziegelgarten 1, 63607 Wächtersbach



## Angaben zur Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
 weiblich     männlich

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

## Fragebogen für den Sportler

Ebene III, ab Stufe 2 (ausführliche Version)



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

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

### Eigene frühere Erkrankungen

- 6 Sind Ihnen Kinderkrankheiten bekannt?  ja     nein  
 Masern     Mumps     Röteln     Windpocken  
 Scharlach     Keuchhusten     Sonstige: \_\_\_\_\_
- 7 Bisherige Operationen  ja     nein  
 Mandeloperation    wann? \_\_\_\_\_  
 Blinddarmoperation    wann? \_\_\_\_\_  
 Leistenbruchoperation    wann? \_\_\_\_\_  
 Sonstige: \_\_\_\_\_    wann? \_\_\_\_\_
- 8 Unfälle / Brüche  ja     nein  
Wenn ja, welche / wann? \_\_\_\_\_

### Krankheiten

- 9 Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein vergrößertes Herz?  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  ja     nein
- 10 Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt?  
Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_  ja     nein
- 11 Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt?  
Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_  ja     nein
- 12 Fühlen Sie sich jetzt gesund?  
Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_  ja     nein

### Spezielle Fragen

- 13 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  
- Ungewöhnliche Luftnot beim Sport?    Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  ja     nein  
14 Besteht ein erhöhter Blutdruck?    Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  ja     nein  
 unbekannt  
15 Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken?  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  ja     nein  
16 Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung?  ja     nein  
17 Bei Frauen: Sind Sie schwanger?  ja     nein  
  
18 Haben Sie irgendwelche Beschwerden?  ja     nein  
Wenn ja:  Schlafstörungen     Appetitmangel

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

- 19 Leiden Sie unter Atembeschwerden?  
 Atemnot  Husten  Auswurf  ja  nein
- 20 Leiden Sie unter Herzschmerzen (Enge im Brustkorbbereich)?  ja  nein
- 21 Sind Ihnen Allergien bekannt?  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein
- 22 Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren (> 2 kg)?  ja  nein
- 23 Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung?  ja  nein

**Risikofaktoren**

- 24 Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren?  ja  nein
- Rauchen  ja  nein
  - Übergewicht  ja  nein
  - Fettstoffwechselstörung  ja  nein
  - Zuckerkrankheit  ja  nein
  - Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  
 Bier  Wein  Schnaps Gläser pro  Tag  Woche? \_\_\_\_\_  ja  nein

**Bisherige Impfungen**

- 25 Nur Ihnen **bekannt**e Impfungen eintragen.  ja  nein
- Tetanus, zuletzt am? \_\_\_\_\_  Tuberkulose  
 Masern  Keuchhusten  Windpocken  
 Hepatitis (Leberentzündung):  A  B  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Medikamente**

- 26 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  ja  nein

**Vorgeschichte zum Sport**

Sportart		von (Jahr)	bis (Jahr)	Trainingseinheiten pro Woche	Zeit pro Trainingseinheit pro Minuten
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				

- 27 In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich?  
 Vorbereitung  Wettkampf  Übergangsperiode
- 28 Sind Sie selber?  
 Trainer  Übungsleiter  Sportlehrer
- 29 Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen?  
 Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_  ja  nein

**Bestleistungen**

Disziplin	Leistung	Platzierung	Jahr