

Fragebogen vor dem Test - Gesundheit & Sport & Training

1. Stammdaten:

Name, Vorname: _____ **Geb. Dat.:** _____
Str. / Nr.: _____ **PLZ / Ort:** _____
 Tätigkeit: _____ bei: _____
 Krankenvers.: gesetzl. / privat welche: _____
Körpergewicht: _____ **kg** **Körpergröße:** _____ **cm**
Tel. priv.: _____ **Fax privat:** _____
Tel. dienstl.: _____ **Fax dienstl.:** _____
Tel. mobil: _____ **e-Mail:** _____
 Hobbys: _____ letzter Termin hier: _____

2. Mitglied bei / Tätigkeit bei: Tristar RSC 88 VCR Sportivo St. Englmar
 run&bike Kelheim andere _____

3. Erkrankungen / Beschwerden:

- Erkrankungen i. d. Fam. (Eltern, Geschwister, Kinder): _____
- Frühere Erkrankungen: _____
- Jetzige Beschwerden: _____
- Auffällige Blutparameter: ja / nein, welche? _____
- Medikamente & Substitution: _____
- Bisherige Impfungen (wann, welche): _____
- Allergien: ja / nein, welche? _____
- Nikotin: ja / nein, Menge: _____ seit wie viel Jahren? _____
- Alkohol: ja / nein, Menge: _____ seit wie viel Jahren? _____
- Tägliche Arbeitszeit: _____ Std. Durchschnittliche Schlafzeit: _____ Std.
- Belastungen (Stress, körperlich, beruflich, privat) : _____

4. Ernährung:

- Anz. Mahlzeiten / Tag: _____ Regelmäßig? ja / nein Hauptmahlzeit: _____
- Besondere Ernährungsformen: ja / nein welche? _____
- Portionen Obst & Gemüse / Tag: _____ (1 Port. = 1 Hand) Trinkmenge / Tag: _____ Liter
- Ernährungsstatus (Selbsteinschätzung): gut mittel schlecht
- Ernährungsberatung: gewünscht nicht gewünscht

5. Jetziges Trainingsprogramm (nicht für Leistungssportler):

Gesundheitssport Freizeitsport Anfänger/Einsteiger
 Trainingsjahre: _____ ggf. Wettkampfjahre: _____

Welche Sportarten betreiben Sie: (z.B. Rad, Lauf, Tennis...)	Trainings- häufigkeit/Wo.	Trainings- stunden/Wo.	Anzahl km/Wo	seit wie viel Jahren?	Training regelmäßig?
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen: _____

Notizen:

6. Für Sportler:

- Wurde in den letzten 6 Wochen regelmäßig trainiert? ja / nein
- Gab es in den letzten 12 Wochen (krankheitsbedingte) Ausfälle? ja / nein
Welche? _____
- Wann war die letzte Trainingseinheit? _____
- Was war der Trainingsschwerpunkt der letzten Wochen? _____
- Wann war der letzte Wettkampf? Ergebnis? _____
- Was ist Ihre persönliche Bestzeit/Ihr größter sportl. Erfolg? _____
- Wo liegen Ihre persönl. Stärken? _____
- Wo liegen Ihre Schwächen? _____

7. Tragen Sie bitte eine typische Trainingswoche der letzten 12 Wochen ein:

Tag	typisches Belastungsprogramm der letzten Wochen (Std., Inhalt, Sportarten...)	Zukünftiges Zeitbudget (Std.)
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		

Bemerkungen:.....
.....

8. Sportliche Aktivitäten in der Kindheit/Jugend:

- Freizeitsport Leistungssport Trainingsjahre: _____ Wettkampffahre: _____
Welche Sportarten? _____

9. Ziele:

Welche persönlichen Ziele möchten Sie verwirklichen (beruflich, privat, sportlich)?
(ggf. auch Wettkampftermine, sportliche Höhepunkte beilegen) _____

10. Einverständniserklärung:

Bis auf Widerruf bitte ich darum, mir regelmäßig Informationen zu Wiederholungsuntersuchungen, zur Gesundheitsoptimierung und zu aktuellen Veranstaltungen zuzusenden.

11. Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

- Empfehlung Flyer Internet Zeitung, welche: _____

12. Aus welchem Grund haben Sie sich für einen sportmedizinischen Check-up bei uns entschieden? _____

Notizen:
.....
.....
.....
.....

Datum: _____ Unterschrift: _____