

Name:

E-Mail:

FRAGEBOGEN FÜR SPORTLER

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an und fügen Sie Erläuterungen hinzu!

1. Aktuelle Beschwerden			
<input type="radio"/> keine Beschwerden	<input type="radio"/> Müdigkeit/Schlaflosigkeit	<input type="radio"/> Schmerzen im Brustkorb	<input type="radio"/> Luftnot/Husten
<input type="radio"/> Schwindel/plötzliche Bewusstlosigkeit	<input type="radio"/> Herzstolpern/Herzrasen	<input type="radio"/> Gelenk- /Knochen- /Muskel-/Rückenschmerzen	<input type="radio"/> Leistungsminderung/kein Leistungszuwachs
<input type="radio"/> Infekt/Fieber			

2. Kinderkrankheiten			
<input type="radio"/> Masern	<input type="radio"/> Mumps	<input type="radio"/> Röteln	<input type="radio"/> Windpocken
<input type="radio"/> Scharlach	<input type="radio"/> Keuchhusten		

3. Sonstige Erkrankungen			
<input type="radio"/> Herz/Gefäße	<input type="radio"/> Lunge/Bronchien	<input type="radio"/> Magen-Darmtrakt	<input type="radio"/> Harnwege/Nieren
<input type="radio"/> Kopf/Hals/Nase/Ohren	<input type="radio"/> Augen/Gehirn	<input type="radio"/> Schilddrüse/Drüsen	<input type="radio"/> Geschlechtsorgane
<input type="radio"/> Haut	<input type="radio"/> Blut/Knochenmark/Lymphdrüsen	<input type="radio"/> Bluthochdruck	<input type="radio"/> Zuckerkrankheit
<input type="radio"/> Allergien			

4. Erkrankungen in der Familie			
<input type="radio"/> plötzliche Todesfälle	<input type="radio"/> Herz-/Gefäß-Erkrankungen bei Frauen unter 65 oder Männern unter 55 Jahren (Verwandte 1. Grades)	<input type="radio"/> Bluthochdruck	<input type="radio"/> Krebserkrankungen
		<input type="radio"/> Zuckerkrankheit	
		<input type="radio"/> Fettstoffwechselstörung	

5. Verletzungen/Unfälle			
<input type="radio"/> Knochenbrüche	<input type="radio"/> Gelenke/Bänder	<input type="radio"/> Muskeln/Sehnen	<input type="radio"/> Organverletzungen
<input type="radio"/> mit OP	<input type="radio"/> mit OP	<input type="radio"/> mit OP	<input type="radio"/> mit OP

6. Andere Operationen			
<input type="radio"/> Herz/Gefäße	<input type="radio"/> Lunge/Bronchien	<input type="radio"/> Magen-Darmtrakt	<input type="radio"/> Harnwege/Nieren
<input type="radio"/> Kopf/Hals/Nase/Ohren	<input type="radio"/> Augen/Gehirn	<input type="radio"/> Schilddrüse/Drüsen	<input type="radio"/> Geschlechtsorgane
<input type="radio"/> Haut	<input type="radio"/> (Leisten-)Bruch		

7. Lebensgewohnheiten (Bitte Menge angeben!)	
<input type="radio"/> Rauchen	<input type="radio"/> Alkohol
<input type="radio"/> Coffein	

8. Vorhandener Impfschutz			
<input type="radio"/> Masern	<input type="radio"/> Mumps	<input type="radio"/> Röteln	<input type="radio"/> Diphtherie
<input type="radio"/> Keuchhusten	<input type="radio"/> Tetanus	<input type="radio"/> Hepatitis A	<input type="radio"/> Hepatitis B
<input type="radio"/> Tuberkulose			

9. Medikamente					
Name	Stärke	morgens	mittags	abends	nachts

10. Sport jetzt und früher				
Sportart	Zeitraum		Trainingseinheiten (einschl. Wettkampf) pro Woche	Stunden pro Woche
	von	bis		

11. Ziele/aktueller Trainingszustand			
<input type="radio"/> keine Ziele, Training nach Lust und Laune	<input type="radio"/> Trainingsziel:	<input type="radio"/> nächster Wettkampf:	<input type="radio"/> Vorbereitungsperiode
<input type="radio"/> Wettkampfperiode	<input type="radio"/> Übergangsperiode	<input type="radio"/> Trainingspause wegen Erkrankung/Verletzung	<input type="radio"/> Rekonvaleszenz
<input type="radio"/> Wiederbeginn mit Sport			

12. Bestleistungen			
Sportart	Leistung	Platzierung	Jahr