

# Fragebogen für den Sportler

Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention ©

Deutscher Sportärztebund e.V.



## Angaben zur Person

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

weiblich  männlich

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

- 1 Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt?  ja  nein  
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre
- 2 Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)?  ja  nein  
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre
- 3 Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet?  ja  nein  
Wenn ja, wer? \_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_ Jahre  
Ursache bekannt:  ja, welche? \_\_\_\_\_  nein
- 4 Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige 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 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?  ja  nein  
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_
- 10 Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_
- 11 Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_
- 12 Fühlen Sie sich jetzt gesund?  ja  nein  
Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie? \_\_\_\_\_

## 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?  ja  nein  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_
- 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     Asthma bronchiale     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?
  - 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** Impfungen eintragen.     ja     nein
  - Tetanus, zuletzt am? \_\_\_\_\_     Tuberkulose
  - Masern     Keuchhusten     Windpocken
  - Hepatitis (Leberentzündung):  A     B     C     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