

Fragebogen Gesundheit, Bewegung & Sport (Vers. 7/10)

1. Stammdaten:

Name, Vorname: _____ Geb.Dat.: _____ Alter: ____ J
Str.: _____ PLZ Ort: _____
Tätigkeit: _____ bei: _____
Krankenvers.: gesetzl. / privat welche? _____
Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
Tel. priv.: _____ Fax privat: _____
Tel. dienstl.: _____ Fax dienstl.: _____
Tel. mobil: _____ e-Mail: _____
Facebook: ja / nein Facebookname: _____

2. Erkrankungen / Beschwerden:

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen? Ja Nein
2. Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein
3. Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein
4. Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt o. haben Sie jemals das Bewusstsein verloren? Ja Nein
5. Haben Sie Knochen- o. Gelenkprobleme, die sich unter Belastung verschlechtern könnten? Ja Nein
6. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben? Ja Nein
7. Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht sportlich aktiv sein sollten? Ja Nein
8. Haben / hatten Ihre Eltern oder Geschwister Herzprobleme? Ja Nein

- 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 wieviel Jahren? _____
- Alkohol: ja / nein, Menge: _____ seit wieviel Jahren? _____
- Tägliche Arbeitszeit: _____ Std. Durchschnittliche Schlafzeit: _____ Std.
- Belastungen (Stress, körperlich, beruflich, privat): _____

3. Ernährung:

- Anz. Mahlzeiten / Tag: _____ Regelmäßig? ja / nein Hauptmahlzeit: _____
- Besondere Ernährungsformen: ja / nein welche? _____
- Portionen Obst & Gemüse / Tag: _____ (1 Port. = 1 Hand) Trinkmenge / Tag: _____ Liter

4. Jetziges Bewegungs- und Trainingsprogramm:

Gesundheitssport Freizeitsport Leistungssport Trainingsjahre: _____
Wettkampffahre: _____

Welche Sportarten betreiben Sie:	Häufigkeit pro Woche	Stunden pro Woche	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: _____

5. 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 pers. Stärken? _____
- Wo liegen Ihre Schwächen? _____

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

Tag	durchschnittliches Belastungsprogramm	zukünftiges Zeitbudget
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		

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

7. Sportliche Aktivitäten in der Kindheit/Jugend:

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

8. Ziele:

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

9. Einverständniserklärung:

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

10. Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

- Empfehlung, durch wen? _____ RFZ Flyer
 Internet, falls ja: Homepage Facebook Youtube _____
 Veranstaltung, welche? _____ Verein, welcher? _____
 Zeitung, welche? _____ _____

11. Mitglied bei / Tätigkeit bei:

- LLC Marathon Regensburg _____

12. Aus welchem Grund haben Sie sich für eine Untersuchung bei uns entschieden?

Regensburg, den _____

Unterschrift: _____