

## Fragebogen Gesundheit, Bewegung & Sport (Vers. 02/2023)

Alle Angaben sind freiwillig. Die Fragen werden im Laufe des Vorgesprächs detailliert besprochen.

### 1. Stammdaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_ J  
Str.: \_\_\_\_\_ PLZ Ort: \_\_\_\_\_  
Tätigkeit: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_  
Krankenvers.:  gesetzl. /  privat welche? \_\_\_\_\_  
Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm  
Tel.  priv.  dienstl: \_\_\_\_\_  
Tel. mobil: \_\_\_\_\_ e-Mail: \_\_\_\_\_

### 2. Erkrankungen / Beschwerden:

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

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. Zusätzliche Trainingsinformationen:**

- Wurde in den letzten 4 Wochen regelmäßig trainiert?  ja /  nein
- Falls nein, Grund: \_\_\_\_\_
- Letzte Trainingseinheit: \_\_\_\_\_ Was? \_\_\_\_\_
- Intensität des langsamsten Trainings (Puls / Watt / pace + Dauer): \_\_\_\_\_
- Intensitäten f. ein intensives Training (Puls / Watt / pace + Dauer): \_\_\_\_\_  
(Puls / Watt / pace + Dauer): \_\_\_\_\_
- Wann war der letzte Wettkampf? Ergebnis? \_\_\_\_\_
- Wann und was sind Ihre persönlichen Bestzeiten / Ihre größten sportlichen Erfolge?  
\_\_\_\_\_
- Wo liegen Ihre pers. Stärken? \_\_\_\_\_
- Wo liegen Ihre Schwächen? \_\_\_\_\_

**6. Tragen Sie bitte eine typische Trainingswoche der letzten 4 Wochen ein:**

Tag	Belastungsprogramm	Puls o. Watt o. pace	Dauer
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)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**9. Aus welchem Grund haben Sie sich für eine Untersuchung bei uns entschieden?**  
\_\_\_\_\_**10. Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?**

- Empfehlung, durch wen? \_\_\_\_\_     RFZ     Flyer  
 Internet     Verein, welcher? \_\_\_\_\_  
 Veranstaltung, welche? \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_  
 Zeitung, welche? \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_

**11. Einverständniserklärung für E-Mail-Kommunikation:**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, über E-Mail sowohl Termine zu vereinbaren als auch mögliche Befunde zu übermitteln. Dieses Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen, ohne dass mir daraus Nachteile entstehen.

**12. Hinweis zum Thema Datenschutz:** Finden Sie auf unserer Homepage unter

[https://www.ips-regensburg.de/index.php/datenschutz#Art13\\_DSGVO](https://www.ips-regensburg.de/index.php/datenschutz#Art13_DSGVO)

Regensburg, den \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_