

Fragebogen Gesundheit, Bewegung & Sport (Vers. 07/2025)

Alle Angaben sind freiwillig. Die Angaben 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.: _____ eMail: _____

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. Ist ein aktueller Leistungseinbruch bekannt? Zeigt das Pulsverhalten Auffälligkeiten? ☐ Ja ☐ Nein
8. Haben / hatten Ihre Eltern oder Geschwister Herzprobleme? ☐ Ja ☐ Nein
(Plötzlicher Herztod, unklare Todesfälle, Herzfehler, Herzerkrankungen, ...)

- Erkrankungen i. d. Fam. (Eltern, Geschwister, Kinder): _____
- Frühere Erkrankungen: _____
- Jetzige Beschwerden: _____
- Letzte (Vor-)Untersuchungen: (wann + Ergebnis) _____
- 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? _____

4. Jetziges Bewegungs- und Trainingsprogramm:

☐ Gesundheitssport ☐ Freizeitsport ☐ Leistungssport Trainingsjahre: _____

Welche Sportarten betreiben Sie:	Häufigkeit pro Woche	Stunden pro Woche	Anzahl km/Wo	seit wie viel Jahren?	Training regelmäßig?
_____	_____	_____	_____	_____	☐ ja ☐ nein
_____	_____	_____	_____	_____	☐ ja ☐ nein
_____	_____	_____	_____	_____	☐ ja ☐ nein

Bemerkungen: _____

5. Aktuelle Trainingsbereiche:	Intensität (Watt, pace, Puls)	Dauer
GA1 / Zone 2: langsamstes Training	_____	_____
_____	_____	_____
EB/ Zone 3-4: intensives Training (ca. 45-60 min)	_____	_____
_____	_____	_____

6. Letzte Leistungsteste: (ggf. mitbringen, falls von extern)					☐ keine
Datum	Test (Rad / Lauf)	aerobe Schwelle	anaerobe Schwelle	VO2max	Bemerkung
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

7. Letzte Wettkampfergebnisse:				☐ keine
Datum / Jahr	Wettkampf	Ergebnis	Intensität (Watt / pace)	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	
_____	_____	_____	_____	

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	☐ Doctolib	
☐ Veranstaltung, welche? _____	☐ Verein, welcher? _____	
☐ 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

Regensburg, den _____ Unterschrift: _____