

Fragebogen Gesundheit, Bewegung & Sport (Vers. 11/2024)

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: _____ eMail: _____

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
- Ist ein aktueller Leistungseinbruch bekannt? Zeigt das Pulsverhalten Auffälligkeiten? Ja Nein
- 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: _____
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. 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: _____ Wettkampfjahre: _____
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 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: _____