

## Fragebogen Gesundheit, Bewegung & Sport (Vers. 10/2018)

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:

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. 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 Email-Kommunikation:**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, über Email 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://ips-regensburg.de/index.php/datenschutz>

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

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