

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:

- 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: _____
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: _____