

Tauglichkeitsuntersuchung zur Ausübung von Wettkampfsport

Name	Vorname	
Geburtsdatum	Geburtsort	
Wohnort	Postleitzahl	Straße
Beruf	Telefon	
Sind Sie bei früheren Untersuchung bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Erkrankungen in der Familie: (Familie bedeutet Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

1. Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt oder plötzlichem Herztod? Wenn ja wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2. Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
3. Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)? Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
4. Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten? Bei wem? _____ In welchem Alter? _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Frühere Erkrankungen

5. Haben oder hatten Sie irgendwelche schwerwiegende Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
6. Bisherige Operationen? <input type="checkbox"/> Mandeloperation Wann? _____ <input type="checkbox"/> Blinddarmoperation Wann? _____ <input type="checkbox"/> Leistungsbruchoperation Wann? _____ <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wann? _____	
7. Unfälle/Knochenbrüche/Operationen an Gelenken? Wenn ja, welche? _____ wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Aktuelle Krankheiten

8. Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? Wenn ja, welche / seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9. Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt? Wenn ja, welche / seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
10. Fühlen Sie sich zur Zeit krank? Wenn ja, welche Beschwerden haben Sie? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Spezielle Fragen

11. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren		
➤ Plötzliche Ohnmacht beim Sport (Kollaps)	Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
➤ Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport?	Wenn ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
➤ Herzschmerzen beim Sport?	Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
➤ Herzstolpern beim und nach dem Sport?	Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
➤ Ungewöhnliche Luftnot beim Sport?	Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
➤ Epileptische Anfälle?	Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Andere	
12. Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13. Augen: Haben Sie irgendwelche Sehprobleme? <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Brillenträger		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
14. Hatten Sie Probleme mit ihren Ohren? <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/> Trommelfellriss <input type="checkbox"/> Ohrensäusen <input type="checkbox"/> Hörstörungen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
15. Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Gelenken oder Wirbelsäule? Wenn Ja, wo? _____		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

16. Fühlen Sie Unsicherheiten oder Angstzustände bei körperlicher Belastung? Ja Nein

17. Bei Frauen:

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Zyklusstörungen? Ja Nein

Regelblutung derzeit? Ja Nein

18. Haben Sie momentan irgendwelche der folgenden Beschwerden? Ja Nein

Schlafstörungen Appetitmangel/Gewichtsverlust

Magendarmbeschwerden Beschwerden beim Wasserlassen

Sonstiges _____

19. Leiden Sie unter Atembeschwerden? Ja Nein

Atemnot Husten Auswurf Heuschnupfen Asthma

20. Sind Ihnen Allergien bekannt? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

21. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt/Erkältung oder eine Grippe? Ja Nein

22. Haben Sie im Laufe des letzten Jahres Blutproben und sonstige Untersuchungen durchgeführt? Ja Nein

Wenn ja, war dabei irgendetwas nicht in Ordnung? Ja Nein

Risikofaktoren

23. Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren? Ja Nein

Rauchen Ja Nein

Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Ja Nein

Bier Wein Superalkoholika Gläser / Tag ____ pro Woche ____

Trinken Sie regelmäßig Kaffee? Ja Nein

Wenn ja, wie viele Tassen pro Tag? _____

Fernsehkonsument pro Tag in Stunden? _____

Übergewicht Ja Nein

Fettstoffwechselstörung/erhöhtes Cholesterin Ja Nein

Zuckerkrankheit Ja Nein

Ernährung

Normale Hausmannskost

Mediterrane Diät

Spezialdiäten Wenn ja, welche? _____

Nahrungsergänzungsmittel Wenn ja, welche? _____

Bisherige Impfungen

Tetanus, zuletzt am _____ Tuberkulose Hepatitis A B

Masern Röteln Keuchhusten

Diphtherie Sonstige _____

Medikamente

Medikamenteneinnahme innerhalb des letzten Monats Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Vorgeschichte zum Sport

Sportart	von (Jahr) bis (Jahr)	Trainingsst./Woche
Hauptsport	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig	
Nebensport	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig	

Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen? Ja Nein

Wenn ja, wieso _____

Datum _____

Unterschrift: _____

(bei Minderjährigen Unterschrift
eines Elternteils /oder Vormundes)