

FRAGEBOGEN für SPORTLER



Dr. Hubert Gröbner
Herz Innere Sport

Facharzt für Kardiologie, Innere Medizin
und Internistische Sportheilkunde

Murweg 2 · 6380 St. Johann in Tirol
Tel. 05352/64 333 · Fax 05352/64 332
ordination@herzmed.at · www.herzmed.at

Angaben zur Person Datum: _____
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
PLZ/Ort: _____
Straße: _____
Telefon: _____
 weiblich männlich

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

- 1 Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt?
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre ja nein
- 2 Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)?
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre ja nein
- 3 Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet?
Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre
Ursache bekannt: ja, welche? _____ nein
- 4 Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
- 5 Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten?
Bei wem? _____ In welchem Alter? _____ Jahre ja nein

Eigene frühere Erkrankungen

- 6 Sind Ihnen Kinderkrankheiten bekannt? ja nein
 Masern Mumps Röteln Windpocken
 Scharlach Keuchhusten Sonstige: _____
- 7 Bisherige Operationen ja nein
 Mandeloperation
 Blinddarmoperation
 Leistenbruchoperation
 Sonstige: _____
- 8 Unfälle / Brüche ja nein
Wenn ja, welche / wann? _____

Krankheiten

- 9 Hat Ihnen ein Arzt gesagt, Sie hätten ein vergrößertes Herz?
Wenn ja, wann? _____ ja nein
- 10 Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt?
Wenn ja, welche / seit wann? _____ ja nein
- 11 Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt?
Wenn ja, welche / seit wann? _____ ja nein
- 12 Fühlen Sie sich jetzt gesund?
Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie? _____ ja nein

Spezielle Fragen

- 13 Hatten Sie in den letzten zwei Jahren:
– Plötzliche Ohnmachten beim Sport (Kollaps)? Wenn ja, wann? _____ ja nein
– Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? Wenn ja, wann? _____ ja nein
– Herzschmerzen beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
– Herzstolpern beim und nach dem Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
– Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein
- 14 Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? _____ ja nein unbekannt
- 15 Haben Sie Beschwerden an Muskeln oder Gelenken?
Wenn ja, wo? _____ ja nein
- 16 Fühlen Sie Unsicherheiten bei körperlicher Belastung? ja nein
- 17 Bei Frauen: Sind Sie schwanger? ja nein

- 18 Haben Sie irgendwelche Beschwerden? ja nein
 Wenn ja: Schafstörungen Appetitmangel
 Verstopfung Beschwerden beim Wasserlassen
 Sonstiges _____
- 19 Leiden Sie unter Atembeschwerden? ja nein
 Atemnot Husten Auswurf
- 20 Leiden Sie unter Herzschmerzen (Enge im Brustkorbbereich)? ja nein
- 21 Sind Ihnen Allergien bekannt? ja nein
 Wenn ja, welche? _____
- 22 Haben Sie in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren (> 2 kg)? ja nein
- 23 Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung? ja nein

Risikofaktoren

- 24 Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren? ja nein
 – Rauchen ja nein
 – Übergewicht ja nein
 – Fettstoffwechselstörung ja nein
 – Zuckerkrankheit ja nein
 – Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ja nein
 Bier Wein Schnaps Gläser pro Tag Woche? _____

Medikamente

- 26 Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
 Wenn ja, welche? _____

Vorgeschichte zum Sport

Sportart		von (Jahr)	bis (Jahr)	Trainingseinheiten pro Woche	Zeit pro Trainingseinheit pro Minuten
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				
	<input type="radio"/> regelmäßig <input type="radio"/> unregelmäßig				

- 27 In welcher Trainingsperiode befinden Sie sich? Übergangsperiode
 Vorbereitung Wettkampf
- 28 Sind Sie selber? Sportlehrer
 Trainer Übungsleiter
- 29 Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen? ja nein
 Wenn ja, warum? _____
- 30 Haben Sie am Vortag trainiert? ja nein
 Wenn ja, wie lange? _____

Bestleistungen

Disziplin	Leistung	Platzierung	Jahr