

## Tauglichkeitsuntersuchung zur Ausübung von Wettkampfsport

<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>	
<b>Wohnort</b>	<b>Postleitzahl</b>	<b>Straße</b>
<b>Beruf</b>	<b>Telefon</b>	
Sind Sie bei früheren Untersuchungen 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"/> Leistenbruchoperation 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 Ohnmachten 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
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"/> Andere _____		<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

▶▶▶▶ (siehe Rückseite)

15. Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Gelenken oder Wirbelsäule?  
Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_  Ja  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?  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

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 oder sonstige Untersuchungen durchgeführt?  
Wenn ja, war dabei irgendetwas nicht in Ordnung? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

### Risikofaktoren

23. Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren?

Rauchen  Ja  Nein  
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein  
 Bier  Wein  Superalkoholika Gläser pro 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

24. Normale Hausmannskost   
Mediterrane Diät   
Spezialdiäten  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
Nahrungsergänzungsmittel  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Bisherige Impfungen

25.  Tetanus, zuletzt am \_\_\_\_\_  Tuberkulose  Hepatitis  A  B  
 Masern  Röteln  Keuchhusten  
 Diphtherie  Sonstige

### Medikamente

26. Medikamenteneinnahme innerhalb des letzten Monats?  Ja  Nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Vorgeschichte zum Sport

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

27. Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen?  
Wenn ja, wieso? \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Datum: \_\_\_\_\_

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

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Elternteils)