

Fragebogen Gesundheit und Sport

Stammdaten

Name: _____ Geburtsdatum: _____
Vorname: _____ Alter: _____
Beruf: _____ Größe: _____
Hobbys: _____ Gewicht: _____

Erkrankungen – Beschwerden

- Besondere Krankheiten in der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder):

- Frühere Erkrankungen, Verletzungen, Operationen:

- Momentane Beschwerden:

Medikamenteneinnahme: _____

Allergien: _____

Wann wurden die letzten Blutproben durchgeführt? _____

Gab es dabei Auffälligkeiten? nein ja / welche? _____

Nikotin: nein ja Menge: _____ seit wie vielen Jahren? _____

Alkohol: nein ja Menge: _____ seit wie vielen Jahren? _____

Tägliche Arbeitszeit: _____ Stunden

Durchschnittliche Schlafzeit: _____ Stunden

Momentane Belastungssituationen (Stress) körperlicher, beruflicher, privater Natur

Zur Zeit fühle ich mich stark mittelmäßig wenig belastet

Ernährung

- Anzahl der Mahlzeiten pro Tag: _____ Mahlzeiten
- Essensgewohnheiten: _____ regelmäßig unregelmäßig
- Portionen Obst und Gemüse pro Tag: _____ Portionen (1Portion = 1Hand voll)
- Trinkmenge pro Tag: _____ Liter

- Besondere Ernährungsgewohnheiten oder Diäten?

- Ernährungszustand laut Selbsteinschätzung:
gut mittel schlecht

Sportanamnese - Trainingsgewohnheiten

Zu welcher der folgenden Kategorien zählen Sie sich?

Gesundheitssportler Freizeitsportler Leistungssportler

Trainingsjahre: _____

Wettkampffahre: _____

Führen Sie regelmäßige Trainingsaufzeichnungen? ja nein

| Welche Sportarten betreiben Sie? | Trainingsstunden pro Woche? | Trainingshäufigkeit pro Woche? | Anzahl der km pro Woche? | Seit wie vielen 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 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | | | | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

- Wurde in den letzten 6 Wochen regelmäßig trainiert? ja nein
- Gab es in den letzten 12 Wochen (krankheitsbedingte) Pausen ja nein
Welcher Art?

- Wann war die letzte Trainingseinheit? _____
- Was war der Trainingschwerpunkt der letzten Woche

- Wann war der letzte Wettkampf? _____ Ergebnis? _____

- Persönliche Bestzeiten? (Halbmarathon- bzw. Marathonzeiten ...)

- Die größten sportlichen Erfolge?

- Sportliche Aktivitäten in Kindheit und Jugend?

Sportarten? _____

Freizeitsport Wettkampfsport

Trainingsjahre: _____

Wettkampffahre: _____

Ziele

- Welche persönlichen Ziele möchten Sie verwirklichen? (sportlich, aber auch beruflich und privat)

- Geplante Wettkampftermine oder sportliche Höhepunkte?

Bruneck, den _____

Unterschrift

.....
Dienst für Sportmedizin
Leitender Arzt: Dr. Alex Mitterhofer
 Andreas-Hofer-Straße 25 | 39031 Bruneck
 Tel. 0474 586280 | Fax 0474 586281
<http://www.sb-bruneck.it> | sportmedizin@sb-bruneck.it
 Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
 St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

.....
Servizio di medicina dello sport
Medico dirigente: Dr. Alex Mitterhofer
 Via Andreas Hofer, 25 | 39031 Brunico
 tel. 0474 586280 | fax 0474 586281
<http://www.as-brunico.it> | sportmedizin@sb-bruneck.it
 Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
 Cod. fisc./P. IVA 00773750211