

## 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?<br>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?<br>Wenn ja, welche? _____  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. | Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)?<br>Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre                           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. | Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten?<br>Bei wem? _____ In welchem Alter? _____ Jahre   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

### Frühere Erkrankungen

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

### Aktuelle Krankheiten

|     |   |                             |                               |
|-----|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 8.  | Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt?<br>Wenn ja, welche/seit wann? _____   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9.  | Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt?<br>Wenn ja, welche/seit wann? _____    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. | Fühlen Sie sich zur Zeit krank?<br>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?<br>Wenn ja, seit wann? _____   |                           | <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| 13. | Augen: Haben Sie irgendwelche Sehprobleme?<br><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?<br><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<br>(Jahr) | bis<br>(Jahr) | Trainingsstunden/Woche |
|-------------|----------|--|---------------|---------------|------------------------|
| Hauptsport: |          | <input type="checkbox"/> regelmäßig<br><input type="checkbox"/> unregelmäßig |               |               |                        |
| Nebensport: |          | <input type="checkbox"/> regelmäßig<br><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)