

Erstes sportmedizinisches Interview

(Version: 1. Februar 2015)

(Bitte Formular in Blockschrift ausfüllen)

Vorname, Name:	Geb.-Datum:
Strasse:	Beruf:
PLZ/Ort:	Tel. P:
Email:	Tel. G:

Sportart und Disziplin:
Kaderstufe:
Verband:
Swiss Olympic Card Kat.:

Krankenkasse (mit Adresse):
Unfallversicherung (mit Adresse):
Hausarzt (mit Adresse):
Verbandsarzt (mit Adresse):

Einverständniserklärung:

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung und zur Speicherung der erhobenen Gesundheitsprobleme. Die gespeicherten Daten dürfen ausschliesslich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Dieselben sind so zu verändern, dass kein Bezug zwischen ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, ausser für die ärztlichen Mitarbeiter der Swiss Olympic Medical Centers sowie für den zuständigen Verbands- bzw. Sportarzt. Die Erteilung von Hinweisen an meinen Kader- bzw. Heimtrainer und Dritte, die für die Trainings- und Wettkampfgestaltung von Bedeutung sind, sowie die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten durch die jeweiligen Benutzerkreise bedürfen meiner vorgängigen schriftlichen Zustimmung.

Urteilsfähige Personen unter 18 Jahren bedürfen der schriftlichen Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters.

Ort und Datum:

Unterschrift Athlet¹ und/oder

gesetzlicher Vertreter:

¹ Sämtliche Begriffe werden im geschlechtsneutralen Sinne verwendet.

Bitte zutreffende Antwort(en) ankreuzen beziehungsweise schriftlich erläutern.

1. Familie

a. Leidet oder litt in Ihrer Familie (nahe Verwandte) jemand an einer der nachfolgend erwähnten Krankheiten?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten | | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen | | <input type="checkbox"/> psychische Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten | | |

Wenn ja, bitte erläutern:

b. Sind Ihre Eltern und Geschwister gesund? ja nein

Wenn nein, an was leiden Sie?

2. Risikobeurteilung Herz/Kreislauf

a. Liegt die letzte ärztliche Kontrolle (körperliche Untersuchung mit Blutdruckmessung) länger als zwei Jahre zurück? ja nein

b. Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Jahren eine Herzstromkurve (EKG) abgeleitet? ja nein

c. Haben Ihre Eltern/Ärzte Ihnen gegenüber je von einem Herzgeräusch/Herzfehler gesprochen? ja nein

d. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Brustschmerzen oder waren Sie bewusstlos? ja nein

e. Starb jemand in ihrer Familie plötzlich vor dem 50. Lebensjahr? ja nein

f. Haben die Ärzte bei Ihren Familienmitgliedern je ein vergrössertes Herz oder ein Marfansyndrom (Bindegewebskrankheit) festgestellt? ja nein

g. Nehmen Sie oder haben Sie früher einmal Suchtmittel (z.B. Kokain) oder leistungssteigernde Medikamente (z.B. Anabolika) eingenommen oder gespritzt? ja nein

h. Hat Sie ein Arzt in den letzten Jahren wettkampfunfähig erklärt? ja nein

i. Leiden Mitglieder (jünger als 65 Jahre) Ihrer Familie an koronarer Herzkrankheit, Angina pectoris oder musste ein Herzeingriff vorgenommen werden? ja nein

j. Rauchen Sie, haben Sie ein erhöhtes Cholesterin, leiden Sie an einem hohen Blutdruck oder Zuckerkrankheit?

ja nein

k. Leiden Sie in Ruhe oder bei Anstrengung unter Husten, Atemnot, Engegefühl oder Druckgefühl in der Brust oder im Bauch?

ja nein

Erläuterungen zu den Fragen 2a.-2k., falls eine der Fragen mit "ja" beantwortet wurde:

3. Eigene Person

a. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie früher Krankheiten, Operationen oder Beschwerden mit:

ja	nein		was	wann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz/Kreislauf		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen/Darm		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber (Gelbsucht)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren/Blase		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähne		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hals/Rachen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohren		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stirn-/Kieferhöhlen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehirnerschütterung		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervensystem		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impfungen (letzten 5 Jahre)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes		

b. Welche Beschwerden sind noch aktuell?

c. Sind diese Beschwerden oder ist diese Krankheit momentan

unverändert

gebessert

geheilt

d. Mussten Sie deswegen den Arzt konsultieren?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes:

e. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie Verletzungen/Beschwerden/Operationen am Bewegungsapparat?

ja	nein		re	li	was	wann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Achillessehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

f. Welche Beschwerden sind noch aktuell?

g. Diese Verletzung ist momentan

unverändert

gebessert

geheilt

h. Mussten Sie deswegen den Arzt konsultieren?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes:

i. Brauchen Sie regelmässig Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche?

j. Haben Sie ein ärztliches Zeugnis für spezielle Medikamente?

ja nein

Wenn ja, für welche?

- k. Haben Sie für spezielle Medikamente eine ATZ (Ausnahmebewilligung für therapeutische Zwecke) oder eine TUE (Therapeutic Use Exemption)? ja nein

Wenn ja, für welche?

- l. Wann fand die letzte zahnärztliche Kontrolle statt? >1 Jahr <1 Jahr

4. Schlaf

- a. Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? Stunden
- b. Haben Sie Mühe ein- oder durchzuschlafen? ja nein
- c. Sind Sie am Morgen nach dem Schlafen ausgeruht? ja nein

5. Gewicht, Essen, Zusatznahrung, Supplemente, Alkohol, Nikotin

- a. War Ihr Gewicht in den letzten zwei Jahren konstant? ja nein
- b. Haben Sie in den letzten zwei Jahren absichtlich Gewicht verloren oder zugenommen? ja nein

Wenn ja, warum?

- c. Sind Ihre Eltern/Geschwister (eher) übergewichtig? ja nein

Wenn ja, bitte Grösse und Gewicht angeben.

- d. Sind Sie unter einer Diät? ja nein

Wenn ja, welche und warum? Evt. Diätplan mitbringen.

- e. Sind Sie Vegetarier? ja nein

- f. Nehmen Sie Zusatznahrung (Kohlenhydrate, Eiweisse etc.)? ja nein

Wenn ja, was, wieviel, wann?

- g. Nehmen Sie Supplemente (Vitamine, Magnesium, Kreatin, Carnitin etc.?) ja nein

Wenn ja, was, wieviel, wann?

h. Trinken Sie regelmässig Alkohol?

ja nein

Wenn ja, was, wieviel?

i. Rauchen Sie oder nehmen Sie Snus (Tabak unter der Oberlippe)?

ja nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?

Jahre

Wie viele Zigaretten?

/ Tag

Wie oft konsumieren Sie Snus?

/ Tag

6. Sport

a. Wie sieht Ihr Training aus?

Trainingsform	Umfang in h/Wo	Einheiten/Wo	Bemerkungen
sportartspezifisch			
anderes			

b. Führen Sie ein Trainingstagebuch?

ja nein

c. Wie steuern Sie Ihre Trainingsintensität (Herzfrequenz, Laktat, subjektives Empfinden usw.)?

d. Periodisieren Sie Ihr Training?

ja nein

Wenn ja, wie?

f. Wie verlief Ihre Leistungskurve in den letzten 2 Jahren?

ansteigend

gleichbleibend

abfallend

wechselnd

7. Erholung, Psychologie

a. Wie oft führen Sie erholungsfördernde Massnahmen durch?

Massage

Sauna

Bäder

anderes

b. Führen Sie regelmässig Stretching durch?

ja nein

c. Haben Sie schon psychologische Trainingsverfahren durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, welche?

8. Eigenbeurteilung

Fühlen Sie sich zurzeit voll einsatz- und leistungsfähig und beeinflussen keine medizinischen oder andere Probleme Ihre Leistung in Training oder Wettkampf?

ja nein

Wenn nein, bitte genauere Angabe zur Problematik: