

Spezieller "Female Athlete Triad" Fragebogen

(Bitte Formular in Blockschrift ausfüllen)

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Sportart und Disziplin:

Gewicht:

Grösse:

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. Zur 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 Athletin und/oder gesetzlicher Vertreter:

Bitte zutreffende Antwort(en) ankreuzen beziehungsweise schriftlich erläutern.

PERSÖNLICHE ANAMNESE

1. Wie verläuft Ihre Periode?

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> noch keine | <input type="checkbox"/> Periodenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> sehr stark | <input type="checkbox"/> keine mehr | <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen |
| <input type="checkbox"/> dauert mehr als 7 Tage | | |

2. Wie ist das Intervall zwischen den Perioden (Zeit vom ersten Tag der einen bis zum letzten Tag vor der nächsten Monatsblutung)?

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unregelmässig | <input type="checkbox"/> 3 Wochen | <input type="checkbox"/> 4 Wochen |
| <input type="checkbox"/> 5 Wochen | <input type="checkbox"/> 6 Wochen | <input type="checkbox"/> > 6 Wochen |

3. Wann hatten Sie Ihre letzte Periode?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> vor weniger als 1 Monat | <input type="checkbox"/> vor 1-2 Monaten | <input type="checkbox"/> vor 3-6 Monaten |
| <input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten | <input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Jahr | |

4. In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung (Menarche)?

Jahre

5. Falls Sie die Menarche schon hatten: Ist es bei Ihnen schon vorgekommen, dass Sie:

Über mindestens 6 Monate keine Periode hatten?

ja nein

Während mehr als 1 Jahr zwischen den Perioden ein Intervall von mehr als 5 Wochen hatten?

ja nein

Wenn Ja, wie alt waren Sie dann?

Jahre

6. Verschieben Sie im Hinblick auf wichtige Wettkämpfe die Periode?

ja nein

Wenn ja, wie?

7. Nehmen Sie (jetzt oder früher einmal) die Antibabypille oder andere Hormonpräparate?

ja nein

8. Wenn ja, welche? (Wenn nein, dann weiter bei Frage 11)

9. Seit wann (bis wann) nehmen Sie die Pille oder andere Hormonpräparate?

10. Haben Sie Nebenwirkungen, die Sie der Pille oder anderen Hormonpräparaten zuschreiben?

ja nein

Wenn ja, welche?

11. Sind Sie zur Zeit schwanger?

ja

nein

unsicher

12. Waren Sie schon jemals schwanger?

ja nein

Wenn ja, Geburt, Abort, Abtreibung?

13. Wann fand die letzte frauenärztliche Untersuchung statt?

14. Hatten Sie jemals gynäkologische Probleme?

ja nein

Wenn ja, welche?

15. Leiden Sie unter Milchfluss, Kopfschmerzen oder Geruchsempfindungsstörungen?

ja nein

Wenn ja, bitte erläutern:

16. Leiden Sie unter Schwindel, Übelkeit, Herzklopfen, Kopfschmerzen, trockener Scheide, oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

ja nein

Wenn ja, bitte erläutern:

17. Leiden Sie unter vermehrter Körper-, Sexual- oder Gesichtsbehaarung, fettiger Haut oder Akne? ja nein

Wenn ja, bitte erläutern:

18. Leiden Sie unter Kälteempfindlichkeit, trockener Haut und Haare sowie Verstopfung?

ja nein

Wenn ja, bitte erläutern:

19. Verspürten Sie in den letzten Monaten eine vermehrte Müdigkeit? ja nein

20. Leiden Sie unter Sodbrennen oder Zahnproblemen ja nein

Wenn ja, bitte erläutern:

21. Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden? ja nein

Wenn nein, wie sollte Ihr Idealgewicht sein? kg

22. War Ihr Gewicht in den letzten zwei Jahren konstant? ja nein

Wenn nein, wie hat sich Ihr Gewicht verändert?

23. Haben Sie in den letzten zwei Jahren absichtlich Gewicht verloren oder zugenommen?

ja nein

Wenn ja, warum?

24. Wie sah die Gewichtsentwicklung seit Beginn der ersten Blutung oder Auftreten der Amenorrhoe (Ausbleiben der Monatsblutung) aus?

tiefstes Gewicht? kg

höchstes Gewicht? kg

aktuelles Gewicht? kg

25. Wie gross sind Sie? cm

26. Sind Sie unter einer Diät? ja nein

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

27. Sind Sie Vegetarier? ja nein

28. Konsumieren Sie Milchprodukte? ja nein

29. Der empfohlene tägliche Calciumbedarf entspricht ungefähr einem Glas Milch, einem Stück Käse und einem Joghurt.

Konsumieren Sie mehr, weniger oder etwa gleiche Mengen Milchprodukte, um den täglichen Bedarf an Calcium zu decken?

mehr weniger gleich

30. Nehmen Sie Calcium-Tabletten? ja nein

Wenn ja, welche?

31. Nehmen Sie Vitamin-Tabletten?

ja nein

Wenn ja, welche?

32. Gibt es (andere) Nahrungsmittel, die Sie vermeiden zu essen?

ja nein

Wenn ja, welche?

33. Haben Sie jemals eine der folgenden Methoden zur Gewichtsreduktion verwendet?

Diätpillen

ja nein

Erbrechen

ja nein

Abführmittel (Laxantien)

ja nein

Wasserlösende Medikamente (Diuretika)

ja nein

Trainingsumfang-/Intensität, -Erhöhung

ja nein

34. Wurde bei Ihnen jemals eine Essstörung diagnostiziert?

ja nein

35. Was haben Sie gestern (in den letzten 24 Stunden) gegessen und getrunken?

36. Wie viele Mahlzeiten essen Sie pro Tag?

Anzahl Hauptmahlzeiten:

Anzahl Zwischenmahlzeiten:

37. Wie viele Riegel, Snacks, Energiebarren essen Sie pro Tag?

38. Haben Sie Fragen, wie Sie Ihr Gewicht (wenn nötig) kontrollieren könnten?

ja nein

Wenn ja, welche?

39. Traten bei Ihnen Knochenbrüche oder Stressfrakturen/Ermüdungsbrüche auf?

ja nein

Wenn ja, wann und wo (Lokalisation)?

40. Nehmen Sie regelmässig/unregelmässig Medikamente ein ?

ja nein

Wenn ja, welche?

FAMILIENANAMNESE

1. Bitte geben Sie die Grösse und das Gewicht Ihrer Eltern und Geschwister an:

Gewicht Vater:

kg

Grösse Vater:

cm

Gewicht Mutter:

kg

Grösse Mutter: cm
 Gewicht Schwester: kg
 Grösse Schwester: cm
 Gewicht Bruder: kg
 Grösse Bruder: cm
 weitere Geschwister - Gewicht: kg
 - Grösse: cm
 weitere Geschwister - Gewicht: kg
 - Grösse: cm

2. Leiden Ihre Geschwister, Ihre Mutter oder Ihre Grossmutter unter Osteoporose (Knochenbrüchigkeit) ja nein

Wenn ja, bitte erläutern:

3. Sind in Ihrer Familie (Schwestern, Mutter und Grossmutter) späte Menarche (erste Monatsblutung nach 14 Jahren) oder Menstruationsstörungen bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche?

4. Sind in Ihrer Familie psychiatrische Leiden bekannt?

ja nein

Wenn ja, bitte Krankheit und Verwandtschaftsgrad angeben:

TRAINING

1. Wie sieht Ihr Training aus?

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

2. Haben Sie Ihre Trainingsgewohnheiten in der letzten Zeit verändert?

ja nein

Wenn ja, wie?

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

ansteigend gleichbleibend abfallend wechselnd

4. Mit welchem Alter haben Sie mit regelmässigem Training begonnen?

Alter Jahre, Umfang ca. h/Woche

SOZIALES UMFELD

Bestehen Konflikte in Ihrer Familie, an der Arbeit (Schule) oder im Freundeskreis, die Sie belasten?

ja nein

Wenn ja, welche?