

Checkliste/Anamnese Athlet

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sportart: _____

Mailadresse: _____

Natel: _____

Grösse: _____

Gewicht: _____

Testdatum/Zeit: _____

TRAININGS-PHASE

- Aufbau
- Vorwettkampf
- Wettkampf
- Erholung

TRAININGS-UMFANG (h/Woche)

Art:

Dauer:

Intensität:

Heute: _____

Gestern: _____

Vorgestern: _____

Gesundheit

Waren Sie in den letzten 14 Tagen krank

Ja

Nein

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen?

Ja

Nein

Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei der körperlichen Belastung?

Ja

Nein

Haben oder hatten Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei der körperlichen Belastung?

Ja

Nein



Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren? Ja Nein

Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten? Ja Nein

Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemprobleme verschrieben? Ja Nein

Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie heute keinen maximalen Leistungstest machen sollten? Ja Nein

Wurde in den letzten 1-2 Jahren ein EKG durchgeführt und war das Ergebnis unauffällig? Ja Nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? Ja Nein

Sind Sie Schwanger? Ja Nein

Verletzungen in den letzten 6 Monaten:

Haben Sie aktuell Beschwerden:

Allgemeine Befindlichkeit: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Testmotivation: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Hinweis:

Der / Die Tests können mit einer grossen körperlichen Anstrengung verbunden sein, wie Sie sie aus intensiven Trainings kennen. Das gesundheitliche Risiko ist klein und vergleichbar mit einer maximalen Belastung in einem Wettkampf.

Ich habe den Fragebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt

Datum:

Unterschrift:
