

**Leistungsdiagnostische Untersuchung**  
Fragebogen zur sportmedizinischen Eignungsuntersuchung

Name, Vorname, Titel	Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, Hausnummer)	Telefon (privat/dienstlich)	
Wohnort (PLZ, Ort)	Telefax	
Derzeitige berufliche Tätigkeit	Mail	
bzw. Schule/Klasse	Krankenkasse	
Verein	Vereinstrainer	Landestrainer

**Einverständniserklärung**

Ich bin darüber informiert, dass auf Grundlage der gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz die personengebundenen Daten auf elektronischen Speichermedien archiviert werden. Hierfür erteile ich meine Zustimmung.

**Betrifft nur geförderte Leistungssportler:** Die personenbezogenen Daten (Einschließlich der Untersuchungsergebnisse) dürfen den zuständigen Verbands-/OSP-/Vereinsärzten und den Bundes-/Landes-/Vereinstrainern übermittelt werden. Die Weitergabe an andere Personen bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.

**Datum**

**Unterschrift**  
(bei Minderjährigen die Eltern)

---

Sind Sie zurzeit sportlich aktiv? Ja ?    nein ?

Wenn ja, in welchem Rahmen?  
 ? Gesundheitssport ? Breitensport ? Leistungssport  
ggf. Kaderkreis .....

Sportart	Disziplin	Trainingseinheiten/Woche	Trainingsstunden/Woche	Seit wann	regelmäßig

Früher betriebene Sportarten: .....

Bestand im letzten Halbjahr eine Sportpause von mehr als vier Wochen? Ja ?    nein ?  
 Wenn ja, warum?

Haben Sie in letzter Zeit eine verminderte sportliche Belastbarkeit festgestellt? Ja ?    nein ?

**Traten in Ihrer Familie folgende Erkrankungen auf?** (Zutreffendes bitte ankreuzen und ergänzen)

	Mutter	Vater	Geschwister	falls ja, welche?
Herz-Kreislaufkrankungen (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck, Schlaganfall, plötzlicher Herztod)	Ja ?    nein ?	Ja ?    nein ?	Ja ?    nein ?	.....
Allergische Erkrankungen (z.B. Asthma, Heuschnupfen, Neurodermitis)	Ja ?    nein ?	Ja ?    nein ?	Ja ?    nein ?	.....
Stoffwechselerkrankungen (z.B. Zucker, Gicht, Fettstoffwechselstörung)	Ja ?    nein ?	Ja ?    nein ?	Ja ?    nein ?	.....
sonstige Erkrankungen	Ja ?    nein ?	Ja ?    nein ?	Ja ?    nein ?	.....

**Eigene Vorgeschichte**

**Kinderkrankheiten**  
 ? Mumps      ? Röteln      ? Masern      ? Windpocken      ? Scharlach      ? Keuchhusten

Letzte Tetanusimpfung: (Monat/Jahr) .....

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen aufgetreten? (Zutreffendes bitte ankreuzen/ergänzen)

**Erkrankungen** falls ja, welche? Wann/seit wann?

<b>des Herz-Kreislaufsystems</b> (z.B. Herz-Klappenfehler, Herzinfarkt, Herzmuskelentzündung, Bluthochdruck, Schlaganfall)	Ja ? nein ?	.....
<b>des Gefäßsystems</b> (z.B. Venenleiden, Arterielle Durchblutungsstörung)	Ja ? nein ?	.....
<b>der Atemwege</b> (Nasennebenhöhlen, Bronchien, Lunge)	Ja ? nein ?	.....
<b>der inneren Organe</b> (Magen, Darm, Leber, Gallenwege, Nieren)	Ja ? nein ?	.....
<b>des Stoffwechsels</b> (Zucker, Fettstoffwechselstörung, Gicht, Schilddrüse)	Ja ? nein ?	.....
<b>des Halte- und Bewegungsapparates</b> (Wirbelsäule, Knochen/Gelenke, Sehnen, Muskulatur)	Ja ? nein ?	.....
<b>Infektionskrankheiten</b> (Hepatitis, HIV, Tbc)	Ja ? nein ?	.....
<b>Allergien</b> (Neurodermitis, Heuschnupfen, Astma, Medikamenten-Allergie)	Ja ? nein ?	.....
<b>Operationen/Unfälle/Brüche</b>	Ja ? nein ?	.....
<b>Sonstiges:</b>		
<b>Nehmen Sie Medikamente ein?</b> (regelmäßig, d.h. kontinuierlich über > 4 Wochen/bei Bedarf)	Ja ? nein ?	.....
<b>Sind Sie zurzeit in ärztlicher/psychologischer Behandlung?</b>	Ja ? nein ?	.....

---

**Haben Sie zurzeit Beschwerden?**

- Treten in Ruhe oder bei Belastung Herz-Kreislaufbeschwerden auf? (z.B. Herzrasen oder –stolpern, Herzschmerzen, Luftnot, Schwindel)	Ja ? nein ?
Wenn ja, welche?/seit wann? .....	
- haben Sie Heuschnupfen/Allergien	Ja ? nein ?
Wenn ja, welche?/seit wann? .....	
- Leiden Sie unter Atembeschwerden? (z.B. insbesondere Atemnot, Husten, Auswurf)	Ja ? nein ?
Wenn ja, welche?/seit wann? .....	
-Haben Sie Beschwerden am Stürzt- und Bewegungsapparat?	Ja ? nein ?
Wenn ja, welche?/seit wann? .....	
(z.B. Sehnen, Muskeln, Gelenke, Knochen, Wirbelsäule)	

- Sonstige Beschwerden Ja ? nein ?  
Wenn ja, welche?/seit wann? .....

---

**Spezielle Fragen** (Zutreffendes ankreuzen oder unterstreichen)

- Rauchen Sie? Täglich ..... ? Zigaretten, ? Zigarren, ? Pfeife Ja ? nein ?
- Trinken Sie Alkohol= Wenn ja, wie viel? ...../? Woche ? Tag Ja ? nein ?
- Nehmen Sie regelmäßig Vitamine, Mineralien, Nährstoffkonzentrate ein? Ja ? nein ?
- Verwenden Sie Schuheinlagen, Prothesen, Brille/Kontaktlinsen? Ja ? nein ?