

Fragebogen für Training im Fitness Studio:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Anzahl Trainingsstunden in der Woche:

Bist Du zufrieden mit Deinem Gewicht? Ja Nein

Gibt es eine Empfehlung von Trainern oder machst Du den Versuch Ab- oder
Zuzunehmen? Nein Ja

Diät oder Vermeiden von Lebensmitteln? Nein Ja

Nimmst Du regelmäßig Medikamente? Nein Ja

Nimmst Du Nahrungsergänzungsmittel, Eiweißshakes Vitamine Magnesium? Nein

Ja

Hast Du regelmäßige Schmerzen oder Beschwerden nach dem Training? Nein

Ja

Warst Du schon mal ohnmächtig? Nein Ja

Hast Du manchmal Brustschmerzen/Engegefühl Brust? Nein Ja

Hattest Du schon mal Herzstolpern, Herzrasen in Ruhe? Nein Ja

Ist ein Herz-Echo/EKG schon mal erfolgt? Nein Ja

Hattest Du schon mal eine Verletzung die >1 Woche Trainingsausfall bedeutet hat?

Nein Ja

Hattest Du schon mal Physiotherapie? Nein Ja

Wurde schon mal ein Röntgen/CT/MRT von Knochen oder Gelenken gemacht?

Nein Ja

Ist ein Verwandter von Dir vor 35. Geburtstag plötzlich verstorben? Nein Ja

Hat ein Verwandter einen Herzschrittmacher vor dem 35. Geburtstag bekommen?

Nein Ja

Gibt es in Deiner Familie das long QT- oder Brughada-Syndrom? Nein Ja

Gibt es das Marfan-Syndrom in Deiner Familie? Nein Ja

Erläuterung für Fragen, die mit Ja beantwortet wurden:

.....
.....
.....

Fragen an den Arzt:
.....
.....
.....

.....

Datum, Unterschrift Patientin/Patient

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

*ich den Fragebogen gemeinsam mit meinem Kind ausgefüllt habe,

*mein Kind innerhalb der nächsten 4 Monate einen Termin bei einem Kinderkardiologen oder Kardiologen für eine EKG-Untersuchung hat oder ich diesen vereinbaren werde.

Termin bereits vorhanden, am,

in Praxis.

*ich und alle anderen Erziehungsberechtigten mit der Teilnahme an o. g. sportlicher Betätigung einverstanden bin.

*ich, sollte ich am Termin nicht dabei sein, für Rückfragen am Untersuchungstag unter Tel.: zur Verfügung stehen werde.

*ich zur Kenntnis genommen habe, dass diese Untersuchung eine Eigenleistung ist, welche mit Kosten in Höhe von **15€** verbunden sind. **Diese muss am Tag der Untersuchung in bar oder per EC bezahlt werden.**

.....

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte