

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 ☐

Fragen an den Arzt:

.....

.....

.....

Erläuterung für Fragen, die mit Ja beantwortet wurden:
.....
.....
.....

.....

Datum, Unterschrift Patientin/Patient

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass

*Ich den Fragebogen gemeinsam mit meinem Kind ausgefüllt habe,

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

*ich überprüfe, dass das Fitnesstraining angeleitet und der Trainingsplan von einem
erfahrenen und ausgebildeten Trainer erstellt wird, der die Besonderheiten des
Jugendlichen berücksichtigt.

*Für Rückfragen stehe ich am Untersuchungstag unter Tel:
zur Verfügung

.....

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte