

Fragebogen für Teilnahme am Vereinssport:

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Sportart:

Anzahl Trainings/Spieltage in der Woche:

Anzahl Trainings/Spielstunden in der Woche:

Bitte beantworte die Fragen gemeinsam mit Deinen Eltern:

Letzte Tetanusimpfung:

Allergie bekannt? Nein ☐ Ja ☐

Asthma bekannt? Nein ☐ Ja ☐ Medikamente:

Leidest Du an Kurzatmigkeit, bist Du schneller kurzatmig, als andere aus der

Trainingsgruppe? Nein ☐ Ja ☐

Operationen? Nein ☐ Ja ☐

Stationäre Behandlung? Nein ☐ Ja ☐

Trägst Du eine Brille? Nein ☐ Ja ☐

Hattest Du schon mal Leistenschmerzen? Nein ☐ Ja ☐

Hattest Du schon mal Kopfschmerzen/Gedächtnisprobleme nach Sturz/Schlag auf den Kopf? Nein ☐ Ja ☐

Warst Du schon mal krank durch Training bei Hitze? Nein ☐ Ja ☐

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 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 ☐

Gibt es ein Sportverbot für ein Familienmitglied? Nein ☐ Ja ☐

.....

Nur für Mädchen:

Erste Regelblutung mit Jahren, noch keine Regelblutung ☐

Regelblutung regelmäßig ca. alle 4 Wochen? Nein ☐ Ja ☐

Normales Training mit Regelblutung möglich? 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,

*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 Praxis

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

*Für Rückfragen stehe ich am Untersuchungstag unter Tel:

zur Verfügung

.....

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte