

Eingangsfragebogen Leistungsdiagnostik

Persönliches

Datum:

Name:

Straße, Nr:

PLZ, Ort:

Tel.:

Fax:

E-Mail:

Größe (in cm):

Gewicht (in kg):

Geb.- Datum:

Alter:

Sportaktivitäten

Welche Sportarten / welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie seit mindestens 6 Monaten regelmäßig (mindestens 1 x pro Woche) mit wie vielen Stunden pro Woche?

1. mit Stunden/Woche
2. mit Stunden/Woche
3. mit Stunden/Woche

Mit welchem Trainingspuls (Schläge/Minute) haben Sie im Durchschnitt Ihr Ausdauertraining absolviert (bitte ankreuzen)?

- weiß nicht 110-125 125-140 140-155 >155

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Leistungsfähigkeit ein?

- ungenügend mangelhaft ausreichend befriedigend gut sehr gut

Geben Sie bitte an, wie lange Sie welche sportlichen Aktivitäten in einer Woche aktuell (mindestens seit den letzten 4 Wochen) durchführen.

Beispiel: Montag, Spinning, 60 min. oder Mittwoch, Jogging, 45 min.

Was?	Wie lange?
Montag	
Dienstag	
Mittwoch	
Donnerstag	
Freitag	
Samstag	
Sonntag	

Sportmedizinische Angaben

Haben Sie chronische oder akute gesundheitliche Probleme?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen: _____
- orthopädische Probleme: _____
- Stoffwechsel-Erkrankungen: _____
- sonstige: _____

Bemerkung zu Erkrankungen:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- nein
- ja, folgende Medikamente: _____

Sportliche Ziele

Haftungsausschluss-Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich freiwillig an einer leistungsdiagnostischen Untersuchung teilnehme. Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Leistungsdiagnostik eine Blutabnahme aus dem Ohrläppchen in kleiner Menge (Tröpfchen-Bereich) durchgeführt wird. Die maximale Belastung während der Untersuchung unterliegt meiner freien Entscheidung und wird nicht vom Untersuchungsleiter vorgegeben.

Ich kann jederzeit die Untersuchung abbrechen. Ich bin über die theoretisch denkbaren negativen gesundheitlichen Folgen eines maximalen Ausbelastungstests (z. B. Übelkeit, Kollaps, Herz-Kreislauf-Stillstand) aufgeklärt worden. Zur Trainingsplanung ist eine maximale Ausbelastung nicht zwingend notwendig.

Außerdem bestätige ich, dass meinerseits keine medizinischen Einwände (z. B. Herz-/Kreislaufkrankungen, akute Infekte etc.) gegen eine Ausbelastung bestehen und ich zurzeit keine Medikamente einnehme, die meine sportliche Leistungsfähigkeit beeinflussen oder eine Gefahr im Zusammenhang mit der Leistungsdiagnostik darstellen könnten.

Die Teilnahme an der Leistungsdiagnostik erfolgt auf eigene Verantwortung!

Für eventuelle Schäden an meiner Person, Gesundheit, Eigentum oder anderen Dingen werde ich zu keiner Zeit Ansprüche stellen.

Datum

Unterschrift

Checkliste vor der Diagnostik

Name:

Liegt der letzte Wettkampf mindestens vier Tage zurück?

ja nein

Haben Sie gestern eine Trainingspause eingelegt oder sich nur wenig körperlich belastet?

ja nein

ja nein

Haben Sie gestern kohlenhydratreiche Speisen zu sich genommen? (z. B. Brot, Reis, Teigwaren)

ja nein

Datum

Unterschrift