**Fragebogen für Athleten des AFVD** 

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Verein/Franchise:

Größe:

Gewicht:

Schuhgröße:

Handschuhgröße:

Name und Kontaktdaten des Teamarztes:

Name und Kontaktdaten des Teamphysios:

**Erkrankungen in der Familie (Familie bedeutet: Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)**

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

1. Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren am Herzinfarkt? O Ja O Nein

Wenn ja, wer?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_Jahre

1. Ist/war ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)? O Ja O Nein

Wenn ja, wer?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_Jahre

1. Hat sich in der Familie ein plötzlicher Herztod ereignet? O Ja O Nein

Wenn ja, bei wem?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In welchem Alter? \_\_\_\_\_Jahre

Ursache bekannt: O ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O Nein

1. Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Gab es einen Schlaganfall in der Familie? O Ja O Nein

Wenn ja, bei wem und in welchem Alter? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Eigene Erkrankungen** (Bitte Zutreffendes einkreisen/ankreuzen)

1. Hattest Du Kinderkrankheiten? O Ja O Nein O Unbekannt

Masern, Mumps, Scharlach, Keuchhusten, Röteln, Windpocken

1. Bisherige Operationen: (wenn ja, wann?) O Ja O Nein

Mandeloperation
Blinddarmoperation
Leistenbruchoperation
Sonstige: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Unfälle / Brüche O Ja O Nein

Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hattest Du früher Gehirnerschütterungen/Concussions? O Ja O Nein

Wenn ja, wann?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hat Dir ein Arzt gesagt, dass Dein Herz vergrößert ist? O Ja O Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Ist bei Dir eine Herzkrankheit bekannt? O Ja O Nein

Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Sind Dir sonstige Krankheiten bekannt? O Ja O Nein

Wenn ja, welche / seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Fühlst Du Dich aktuell gesund? O Ja O Nein

Wenn nein, welche Beschwerden hast Du und seit wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spezielle Fragen** (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

1. Hattest Du in den letzten Jahren:
* Plötzliche Ohnmachten beim Sport (Kollaps)? O Ja O Nein
* Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? O Ja O Nein
* Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Herzschmerzen beim Sport? O Ja O Nein
* Herzstolpern beim und nach dem Sport? O Ja O Nein
* Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? O Ja O Nein
1. Hast Du einen erhöhten Blutdruck? O Ja O Nein
2. Hast Du Beschwerden an Muskeln oder Gelenken? O Ja O Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Fühlst Du Unsicherheiten bei körperlicher Belastung? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hattest Du vermehrt Muskelverletzungen in den letzten Jahren? O Ja O Nein

Wenn ja, welche/ wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hast Du aktuell Beschwerden? (Bitte einkreisen) O Ja O Nein

Wenn ja: Schlafstörungen, Appetitmangel , Verstopfung, Beschwerden beim Wasserlassen

Sonstiges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Leidest Du unter Atembeschwerden? O Ja O Nein
Wenn ja, welche? (z.B. Atemnot, Husten, Auswurf)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Leidest Du unter Herzschmerzen (Enge im Brustkorbbereich)? O Ja O Nein

Wenn ja, in Ruhe oder Belastung? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hast Du Allergien? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hast Du in den letzten 4 Wochen deutlich an Gewicht verloren (> 2 kg)? O Ja O Nein
2. Hattest Du in den letzten drei Wochen einen Infekt / Erkältung? O Ja O Nein

**Risikofaktoren (**Bitte Zutreffendes einkreisen)

1. Bestehen bei Dir sogenannte Risikofaktoren?
* Rauchen O Ja O Nein
* Übergewicht O Ja O Nein
* Fettstoffwechselstörung O Ja O Nein
* Zuckerkrankheit O Ja O Nein
* Trinkst Du regelmäßig Alkohol? Bier/ Wein/ Schnaps? O Ja O Nein
* Wenn ja: Was und wieviele Gläser pro Tag/ Woche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Nur Dir **bekannte Impfungen** eintragen (Bitte einkreisen)
* Tetanus, zuletzt am? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Masern, Keuchhusten
* Hepatitis (Leberentzündung): A, B, Tuberkulose, Windpocken
* Covid (wenn ja, wieviele und wann zuletzt?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1. Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? O Ja O Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hast Du für das Medikament eine sog. TUE (Ausnahmegenehmigung) O Ja O Nein

Wenn ja, seit wann und wofür? (Bitte Kopie mitbringen) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen? O Ja O Nein

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Hattest Du bereits eine Infektion mit Corona (Covid-19)? O Ja O Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hattest Du danach oder immer noch längere Zeit Beschwerden? Wenn ja, wie lange?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Generelle Fragen**

1. Hast Du eine Sehhilfe (Brille, Kontaktlinsen)? O Ja O Nein

Wenn ja, welche Stärke

31. Hast Du oder nutzt Du eine Hörhilfe? O Ja O Nein

32. Nutzt Du beim Training/Spiel Tape? O Ja O Nein

Wenn ja, für welche Gelenke?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift