



Athleten/ Athletinnen-Information

Persönliche Information			
Name:			
Vorname:			
Adresse			
Postleitzahl:			
Stadt:			
Telefonnummer:			
Email:			
Ausweisnummer:	Geburtsdatum:		
Alter:	Größe:	Gewicht:	Geschlecht
Notfall-Kontakt			
Vor- /Nachname:			
Telefon:		Mobil:	
Beziehung:			
Adresse:			
Hausarzt			
Versicherungsinformation			
Versicherung			
VS-Nummer:			
Informationen des Vereins			
Club:			
Vereinstrainer			
Kontaktnummer		E-Mail:	
Physiotherapist		Kontaktnummer:	
Teamarzt		Kontaktnummer:	

Einwilligung

Ich willige hiermit in die Untersuchung ein, damit das ärztliche Fachpersonal sicherstellen kann, dass ich für den Wettkampf fit und trainiert bin.

Ich bin mir bewusst, dass einige dieser Informationen möglicherweise eine Klärung oder Nachuntersuchung erfordern, und ich bin damit einverstanden, relevante Informationen weiterzugeben.

Name: _____

Unterschrift Athlet:In

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten bei nicht vorhandener Volljährigkeit

Ort - Datum

Abschnitt II: Fragen zu Vorerkrankungen

Aktuelle Gesundheitsbeschwerden: Bitte alle Beschwerden der letzten 3 Monate auflisten

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an einem dieser Symptome gelitten?

Chronische Sinusitis	Ja	Gewichtsab-/ zunahme	Rektale Blutung	Ja
Röcheln/ Schnaufen/ Giemen	Ja	Sodbrennen		Ja
Chronischer Husten für > 3 Monate	Ja	Übelkeit/ Erbrechen		Ja
Schmerzen/ Druck auf der Brust	Ja	Kopfschmerzen/ Migräne		Ja
Kurzatmigkeit	Ja	Schlafstörung (Ein-/ Durchschlafstörungen)		Ja
Palpitationen	Ja	Depression		Ja
Geschwollene Knöchel (Ödeme)	Ja	Angsstörungen		Ja
Blackouts oder Bewusstseinsverlust	Ja	Muskelschwäche		Ja
Krämpfe (Unterschenkel)	Ja	Gehirnerschütterung		Ja
Reizdarmsyndrom	Ja	Sehstörungen		Ja
Bauchkrämpfe	Ja	Hörverlust/ -einschränkung		Ja

Allgemeine Gesundheitsfragen		Ja
Sind Allergien bekannt? Bitte auflisten wenn JA angekreuzt wird		
Allergene:		
Medikamente (z.B. Penicillin)		
Nahrungsmittel		
Andere		
Bestehende Vorerkrankungen Asthma bronchiale Diabetes mellits Infektionserkrankungen Andere:		
Warst Du schon mal eine Nacht im Krankenhaus? Wenn Ja, wann & warum:		
Wurdest Du schon mal operiert? Und wenn ja, welche Art von Operation?		
Kardiales Screening		Ja
Hast du während körperlicher Belastung schon mal das Bewußtsein verloren (Ohnmacht)		
Hattest Du während des Trainings schon Schmerzen, Engegefühl oder Druck auf der Brust? Wirst Du während des Trainings schneller müde oder kurzatmig als Deine Mitspieler:Innen?		
Hattest du schon mal Herzrasen oder -stolpern?		
Hat Dir ein Arzt gesagt, dass Herzprobleme bestehen? Wenn ja, bitte alle zutreffenden Angaben ankreuzen Bluthochdruck Herzgeräusche Hypercholesterinämie (Zu hoher Cholesterinspiegel) Herzinfektion (z.B. Myokarditis, z.N. Corona-Infektion mit myokardialer Beteiligung) Kawasaki Erkrankung Andere:		
Wurde eine der folgenden Untersuchungen angeordnet?(Langzeit-) EKG, Belastungs-EKG, (Stress-) Echokardiographie		

Tritt während körperlicher Aktivität vermehrt (unerwarteter) Schwindel oder Kurzatmigkeit auf?					
Besteht eine Epilepsie? Zustand nach Apoplex (Schlaganfall)?					
Drogen		Wenn ja, welche Art)		Frequenz?	
Raucher		Wie viele Zigaretten/ Tag?		Wie lange bist Du schon raucher?	
Ex-Raucher		Wann aufgehört?			
Besteht ein angeborener Herzfehler					
Hat Dir ein Arzt Sportverbot erteilt?					
Familienanamnese					Ja
Ist ein Familienmitglied oder ein Verwandter vor dem Alter von 50 Jahren an Herzproblemen gestorben oder ist unerwartet oder unerklärlich plötzlich gestorben (inkl. Ertrinken, unerklärlicher Autounfall oder plötzlicher Kindstod)?					
Hat jemand in Deiner Familie ein Herzproblem, einen Herzschrittmacher oder einen implantierten Defibrillator?					
Knochen- und Gelenkerkrankungen					Ja
Hast Du eine Knochen-, Muskel-, Band- oder Sehnenverletzung, die eine Sportpause nach sich zog?					
Hamstringverletzung?	Ja	Welche Seite	L	R	Beidseitig
Gab es gebrochene Knochen oder ausgelenkte Gelenke? Wenn Ja, welche Art der Verletzung?					
Hattest Du schon mal einen Ermüdungsbruch?					
Gehirnerschütterungen					Ja
Hattest du schon mal eine Gehirnerschütterung oder andere Kopfverletzung?					
Wenn ja, wie viele?					
Wann war die letzte Gehirnerschütterung?					
Wie lange war der Return to Train? Wie lange haben die Beschwerden angehalten?					
Andere Erkrankungen:					Ja
Besteht eine Leistenhernie? Sportlerleiste?					
Hattest Du bereits eine Mononukleiose?					
Bestehen Hauterkrankungen					
Besteht ein Herpes zoster? Ist MRSA (multi-resistenter Staphylokokkus aureus)					

Hast du jemals einen Schlag an den Kopf erlitten, der Verwirrung, anhaltende Kopfschmerzen oder Gedächtnisprobleme verursacht hat?	
Sind epileptische Anfälle bekannt?	
Bestand nach einem Sturz/Schlag Taubheit, Kribbeln oder Schwäche in Armen oder Beinen?	
Konntest Du schon mal Arme oder Beine nach einem Sturz/ Schlag nicht bewegen,?	
Hast du schon mal Symptome eines Hitzschlags entwickelt nach Training in (sehr) warmer Umgebung?	
Bestehen häufige Muskelkrämpfe?	
Bestanden jemals Einschränkungen der Sicht/ Gesichtsfeldes?	
Augenverletzung (Penetrierende Verletzung? Stumpfes Trauma?)	
Trägst du Kontaktlinsen oder eine Brille?	

Ernährungsgewohnheiten

Was ist für Dich Dein Idealgewicht?

Was war Dein Maximalgewicht (inkl. Schwangerschaft)?

Wie alt warst Du?

Aktuelles Gewicht?

Vor einem Jahr?

Mit 21 Jahren?

Wie viele Mahlzeiten nimmst du täglich zu Dir?:

Wie oft in der Woche nimmst du folgende Nahrungsmittel zu Dir?

Rind	Fisch	Fastfood
Schwein	Geflügel	Proz. Zucker

Wie viele der folgenden Getränke nimmst du wöchentlich zu Dir (Tassen, Liter)

Homogenisierte Milch (L)	Kaffee	Wasser (in L)
Magermilch (Halbfett in L)	Buttermilch (L)	Tee
Säfte (in L)	Softdrinks (in L)	Eistee (in L)

Alkohol

Trinkst du Alkohol?

- ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wie viel trinkst du von folgenden Getränken:

Bier

- ☐ Nie ☐ Selten (< 1x/Woche) ☐ Häufig - Mehrmals pro Woche Frequenz

Wein

- ☐ Nie ☐ Selten (< 1x/Woche) ☐ Häufig - Mehrmals pro Woche Frequenz

Schnaps oder andere hochprozentige Alkoholika?

- ☐ Nie ☐ Selten (< 1x/Woche) ☐ Häufig - Mehrmals pro Woche Frequenz

Warst Du zu irgendeinem Zeitpunkt in der Vergangenheit ein starker Trinker (Konsum > 24g Alkohol pro Tag)?

- ☐ Ja ☐ Nein

Kommentare:

Aktuelle Medikation:

Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten in den letzten drei Monaten: Keine

Wenn ja, bitte hier angeben:

Medikament	Dauermedikation (J/N)	Dosierung	Einnahme (Oral, iv.,im)	Häufigkeit	Dauer der Einnahme

Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln in den letzten drei Monaten:

Keine

Wenn ja:

Supplement	Art	Dosierung	Einnahmeart	Häufigkeit	Dauer der Einnahme

Kommentare:

Die Informationen werden stets vertraulich behandelt und unterliegen der Schweigepflicht.

Ich willige hiermit ein, dass die o.g. Informationen im Falle eines Notfalls (z.B. schwere Verletzung, Herzinfarkt, allergischer Schock) an das entsprechende medizinische Personal weitergegeben werden dürfen.

Ich, (Name des Athleten/des Betreuers) erkläre, dass alle angegebenen Informationen wahrheitsgemäß und genau sind.

Unterschrift Athlet:In:

Datum/ Ort

Blutdruck:

Puls:

Zahnstatus:

Visus:

Körperliche Untersuchung (aktuelle Befunde, durch medizinisches Personal z.B. Mannschaftsarzt, Physiotherapeut am Anfang der Saison auszufüllen)

Erklärung des Teamarzt/ Physiotherapeuten

Ich erkläre hiermit, den o.g. Spieler für sporttauglich, um am aktiven Sportbetrieb teilzunehmen.

Unterschrift/ Name (gut leserlich)