



ttz

therapie und trainingszentrum
merkel GbR

Siemensstraße 4
63225 Langen

Tel. 06103 / 372 31 73
Fax 06103 / 372 31 74
mail@ttz-merkel.de

www.ttz-merkel.de

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung - Fragebogen - Seite 1

Name _____

Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Telefon _____

Mobil _____

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Sind in der Familie Herzkrankheiten bekannt oder ist jemand an einem Herzschlag verstorben (plötzlicher Herztod) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Bestanden in der Vergangenheit jemals folgende Beschwerden: Bewusstlosigkeit, Ohnmacht, Schwindel, Sehstörungen, Brustschmerz, ungewöhnliche oder plötzlich auftretende Luftnot, Herzstolpern, Herzrasen oder Herzaussetzer? (Zutreffendes bitte unterstreichen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Wurde jemals ein Herzgeräusch/Herzfehler o. hoher Blutdruck festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Besteht das Gefühl, schneller als die Sportkameraden zu ermüden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Besteht eine Erkrankung der Sinnesorgane? (z. B. Brille, Kontaktlinsen, Ohrenbeschwerden, behinderte Nasenatmung? (Zutreffendes bitte unterstreichen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Bestehen oder bestanden chronische Erkrankungen (z. B. Zuckerkrankheit, Asthma, Epilepsie, Schilddrüsenerkrankungen, Rheuma) oder eine körperliche Behinderung? (Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 7. Trat jemals eine Verletzungen auf oder bestehen Beschwerden an Sehnen, Bändern, Muskeln, Gelenken, Wirbelsäule? (Zutreffendes bitte unterstreichen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Bestehen Allergien? Wenn ja welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 9. Werden derzeit Medikamente eingenommen? Wenn ja, welche? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr/> | | |
| 10. Wurde jemals von einem Arzt Sportuntauglichkeit festgestellt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Sind Sie Raucher? Wieviel pro Tag: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Regelmäßiger Alkoholkonsum? Wieviel pro Tag _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Aktuelle oder frühere Einnahme von Drogen? Was _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



ttz

therapie und trainingszentrum
merkel GbR

Siemensstraße 4
63225 Langen

Tel. 06103 / 372 31 73
Fax 06103 / 372 31 74
mail@ttz-merkel.de

www.ttz-merkel.de

Sportärztliche Vorsorgeuntersuchung - Fragebogen - Seite 2

	Ja	Nein
14. Besteht Impfschutz für Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A/B?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere _____		
15. Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung/Behandlung?		

17. Bisherige Operationen (Wann? Was?):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Krankenhausaufenthalte wegen		

18. Welche Sportart(en) werden von Ihnen betrieben, wie oft?		

Ort, Datum

Unterschrift