

## Fragebogen Leistungstest

Unter Umständen werden Sie beim Leistungstest bis an ihre persönliches Leistungslimit belastet. Dieser Fragebogen dient der Einschätzung, ob Sie ohne vorherige ärztliche Kontrolle einen Leistungstest absolvieren können.

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen und mit etwas „gesundem“ Menschenverstand. Lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen mindestens eine Woche vor der Testdurchführung zusammen mit einem EKG, welches nicht älter als 2 Jahre ist an uns zukommen lassen.

### Angaben zur Person

### Datum:

Name, Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Strasse: .....

PLZ/ Ort: .....

### Par-Q

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten «etwas am Herzen» und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Haben Sie Atembeschwerden z.B. Atemnot in Ruhe oder während körperlicher Belastung?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Haben Sie sonstige Krankheiten? Wenn ja welche:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, welche sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Nehmen Sie regelmässig andere Medikamente ein? Wenn ja welche:	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Fühlen Sie sich jetzt gesund? Wenn nein, welche Beschwerden haben Sie?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>
Ist Ihnen, aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu betreiben?	Ja <input type="radio"/>	Nein <input type="radio"/>

Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit JA beantwortet haben, behalten wir uns vor Sie zu kontaktieren und/ oder den Leistungstest gegebenenfalls nur nach ärztlicher Untersuchung durchzuführen.

## Fragen zur sportlichen Aktivität

Sportart		Seit (Jahr)	Zeit pro Woche in Stunden	Umfang pro Woche in km
	<input type="radio"/> regelmässig <input type="radio"/> unregelmässig			
	<input type="radio"/> regelmässig <input type="radio"/> unregelmässig			
	<input type="radio"/> regelmässig <input type="radio"/> unregelmässig			
	<input type="radio"/> regelmässig <input type="radio"/> unregelmässig			

Bitte schätzen Sie Ihren momentanen insgesamt Fitnesszustand ein:

gut trainiert       normal trainiert       untrainiert

## Bestleistungen (optional)

Disziplin	Leistung	Jahr

Ich bestätige hiermit, dass ich den Fragebogen gelesen, alles verstanden und die Antworten wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Ort und Datum:

Unterschrift: