

Sportmedizinisches Verlaufsinterview

(Bitte Formular in Blockschrift ausfüllen)

Name, Vorname:	Geb.-Datum:
Strasse:	Beruf:
PLZ/Ort:	Tel. P:
Email:	Tel. G:

Sportart und Disziplin:
Kaderstufe:
Verband:
Swiss Olympic Card (Kategorie):

Krankenkasse (mit Adresse):
Unfallversicherung (mit Adresse):
Hausarzt (mit Adresse):
Verbandsarzt (mit Adresse):

Einverständniserklärung:

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung und zur Speicherung der erhobenen Gesundheitsprobleme. Die gespeicherten Daten dürfen ausschliesslich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Dieselben sind so zu verändern, dass kein Bezug zwischen ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, ausser für die ärztlichen Mitarbeiter der Swiss Olympic Medical Centers sowie für den zuständigen Verbands- bzw. Sportarzt. Zur Erteilung von Hinweisen an meinen Kader- bzw. Heimtrainer und Dritte, die für die Trainings- und Wettkampfgestaltung von Bedeutung sind, sowie die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten durch die jeweiligen Benutzerkreise bedürfen meiner vorgängigen schriftlichen Zustimmung.

Urteilsfähige Personen unter 18 Jahren bedürfen der schriftlichen Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters.

Ort und Datum:

Unterschrift Athlet¹ und/oder gesetzlicher Vertreter:

¹ Sämtliche Begriffe werden im geschlechtsneutralen Sinne verwendet.

Bitte zutreffende Antwort(en) ankreuzen beziehungsweise schriftlich erläutern.

1. Familie

Sind Ihre Eltern und Geschwister gesund?

ja nein

Wenn nein, woran leiden sie?

2. Eigene Person

a. Hatten Sie seit der letzten Untersuchung Krankheiten, Operationen oder Beschwerden mit:

ja	nein		was	wann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz/Kreislauf		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen/Darm		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber (Gelbsucht)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren/Blase		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähne		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hals/Rachen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohren		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stirn-/Kieferhöhlen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervensystem		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impfungen (seit letztem Check)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes		

b. Welche Beschwerden sind noch aktuell?

c. Sind diese Beschwerden oder ist diese Krankheit momentan

unverändert

gebessert

geheilt

d. Mussten Sie deswegen den Arzt konsultieren?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes:

e. Hatten Sie seit der letzten Untersuchung Verletzungen, Beschwerden oder Operationen am Bewegungsapparat?

ja	nein		re	li	was	wann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Achillessehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes				

f. Welche Beschwerden sind noch aktuell?

g. Sind diese Beschwerden oder ist diese Krankheit momentan

unverändert

gebessert

geheilt

h. Mussten Sie deswegen den Arzt konsultieren?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes:

i. Brauchen Sie regelmässig Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche?

j. Wann fand die letzte zahnärztliche Kontrolle statt?

>1 Jahr <1 Jahr

3. Gewicht, Essen, Zusatznahrung, Supplemente, Alkohol, Nikotin

a. Ist Ihr Gewicht seit der letzten Untersuchung konstant? ja nein

b. Haben Sie in den letzten zwei Jahren absichtlich Gewicht verloren oder zugenommen?

ja nein

Wenn ja, warum?

c. Sind Ihre Eltern/Geschwister (eher) übergewichtig?

ja nein

Wenn ja, bitte Grösse und Gewicht angeben:

d. Sind Sie unter einer Diät?

ja nein

Wenn ja, welche und warum? Evt. Diätplan mitbringen.

e. Sind Sie Vegetarier?

ja nein

f. Nehmen Sie Zusatznahrung (Kohlenhydrate, Eiweisse etc.)?

ja nein

Wenn ja, was, wieviel, wann?

g. Nehmen Sie Supplemente (Vitamine, Magnesium, Kreatin, Carnitin etc.)?

ja nein

Wenn ja, was, wieviel, wann?

h. Trinken Sie regelmässig Alkohol?

ja nein

Wenn ja, was, wieviel?

i. Rauchen Sie oder nehmen Sie Snus (Tabak unter der Oberlippe)?

ja nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?

Jahre

Wie viele Zigaretten?

pro Tag

Wie oft konsumieren Sie Snus?

pro Tag

4. Sport

Hat sich Ihr Training seit der letzten sportärztlichen Untersuchung verändert?

ja nein

Wenn ja, bitte beschreiben:

5. Eigenbeurteilung

Fühlen Sie sich zur Zeit voll einsatz- und leistungsfähig und beeinflussen keine medizinischen oder andere Probleme Ihre Leistung in Training oder Wettkampf?

ja nein

Wenn nein, bitte genauere Angabe zur Problematik: