

Fragebogen Leistungstest

Name, Vorname: Geburtsdatum:

Körpergrösse: Gewicht:

Unter Umständen werden Sie beim Leistungstest bis an Ihr 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 3 Tage vor Ihrem Leistungstest zukommen.

1.	Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten «etwas am Herzen» und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.	Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.	Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.	Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein unter körperlicher Belastung verloren?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.	Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, welche sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.	Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
7.	Haben Sie sonstige Krankheiten (Herz-Kreislauf, Stoffwechsel, Blut, Lunge) ? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
8.	Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9.	Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich/ sportlich aktiv sein sollten? Wenn ja, welcher?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

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="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			
	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			
	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			

Bitte schätzen Sie Ihren momentanen Fitnesszustand ein:

gut trainiert
 normal trainiert
 untrainiert

Bestleistungen (optional)

Sportart	Leistung	Jahr

Ernährung

1.	Halten Sie momentan Diät (Atkinson, Low-Carb, FDH, etc.)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2.	Nehmen Sie regelmässig Supplemente (Vitaminpräparate, Shakes, etc.)? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Newsletter

Gerne erhalte ich 6x pro Jahr einen Artikel zum Thema Leistungsdiagnostik auf folgende Mailadresse:

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

Ort und Datum:

Unterschrift: