**Schweizerischer Ruderverband SRV**

**Sportmedizinischer Fragebogen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien:** |  |
| **Name, Vorname:**       | **Geburtsdatum:**       |
| **Strasse:**       | **PLZ / Ort:**       |
| **Tel. G:**       | **Tel. P:**       |
| **Mobile:**       | **Beruf:**       |
| **E-Mail:**       |  |
| **Krankenkasse:**      (Name, Adresse, Versichertennummer)       |
| **Zusatzversicherung:**      (Name, Adresse, Versichertennummer)       |

# Einverständniserklärung:

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung, welche im Rahmen der Wettkampflizenz SWISS ROWING durchgeführt wird. Soweit meine Krankenkasse präventiv medizinische Leistungen übernimmt, oder krankhafte Prozesse bei mir vorliegen, werden die Kosten der Untersuchung der Krankenkasse in Rechnung gestellt. Ansonsten muss ich diese Untersuchungen selbst bezahlen.

Sollten sich im Verlaufe der Saison Änderungen meines Gesundheitszustandes ergeben, und ich nehme an einer nationalen oder internationalen Regatta teil, liegt es in meiner Verantwortung, den zuständigen Arzt und die Regatta-Verantwortlichen schriftlich mindestens 3 Tage vor dem Wettkampf zu informieren.

Der Arzt unterliegt der Schweigepflicht und kann (bei Volljährigkeit) Dritte nur mit Einverständnis des zu Untersuchenden informieren. Sollte z.B. ein Trainer aus trainingstechnischen Gründen über ein gesundheitliches Problem informiert werden, ist vorgängig die schriftliche Einwilligung des Sportlers notwendig.

Ort und Datum:

Unterschrift Sportler:

Unterschrift gesetzlicher Vertreter:
(bei Minderjährigen)

Sämtliche Begriffe werden im geschlechtsneutralen Sinne verwendet.

Bitte zutreffende Antwort(en) ankreuzen beziehungsweise schriftlich erläutern.

# Familie

1. Leidet oder litt in Ihrer Familie (nahe Verwandte) jemand an einer der nachfolgend erwähnten Krankheiten?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  | Bluthochdruck | [ ]  | Zuckerkrankheit | [ ]  | Asthma bronchiale |
| [ ]  | Lungenkrankheiten |  |  | [ ]  | Krebs |
| [ ]  | rheumatische Erkrankungen |  |  | [ ]  | psychische Krankheiten |
| [ ]  | andere Krankheiten |  |  | [ ]  | Übergewicht |

1. Sind Ihre Eltern und Geschwister gesund? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn nein, an was leiden sie?

# Risikobeurteilung Herz / Kreislauf

1. Liegt die letzte ärztliche Kontrolle (körperliche Untersuchung mit Blutdruckmessung)
länger als zwei Jahre zurück? [ ]  ja [ ]  nein
2. Haben Sie ein Herzgeräusch / Herzfehler? [ ]  ja [ ]  nein
3. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Brustschmerzen oder waren Sie bewusstlos? [ ]  ja [ ]  nein
4. Starb jemand in Ihrer Familie plötzlich? [ ]  ja [ ]  nein
5. Haben die Ärzte bei Ihren Familienmitgliedern je ein vergrössertes Herz oder
ein Marfansyndrom (Bindegewebskrankheit) festgestellt? [ ]  ja [ ]  nein
6. Nehmen Sie oder haben Sie früher einmal Suchtmittel (z.B. Kokain) oder
leistungssteigernde Medikamente (z.B. Anabolika) eingenommen oder gespritzt? [ ]  ja [ ]  nein
7. Hat Sie ein Arzt in den letzten Jahren wettkampfunfähig erklärt? [ ]  ja [ ]  nein
8. Leiden Mitglieder (jünger als 65 Jahre) Ihrer Familie an koronarer Herzkrankheit,
Angina pectoris oder musste ein Herzeingriff vorgenommen werden? [ ]  ja [ ]  nein
9. Rauchen Sie, haben Sie ein erhöhtes Cholesterin, leiden Sie an einem hohen
Blutdruck oder Zuckerkrankheit? [ ]  ja [ ]  nein
10. Leiden Sie in Ruhe oder bei Anstrengung unter Husten, Atemnot, Engegefühl
oder Druckgefühl in der Brust oder im Bauch? [ ]  ja [ ]  nein

Erläuterungen zu den Fragen 2.a.-2.j., falls eine der Fragen mit «ja» beantwortet wurde:

# Eigene Person

1. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie früher Krankheiten, Operationen oder Beschwerden mit:

ja nein was wann

[ ]  [ ]  Herz / Kreislauf

[ ]  [ ]  Lunge

[ ]  [ ]  Magen / Darm

[ ]  [ ]  Leber (Gelbsucht)

[ ]  [ ]  Nieren / Blase

[ ]  [ ]  Haut

[ ]  [ ]  Augen

[ ]  [ ]  Zähne

[ ]  [ ]  Hals / Rachen

[ ]  [ ]  Ohren

[ ]  [ ]  Stirn- / Kieferhöhlen

[ ]  [ ]  Nervensystem

[ ]  [ ]  Epilepsie

[ ]  [ ]  Zuckerkrankheit

[ ]  [ ]  Heuschnupfen

[ ]  [ ]  Allergie

[ ]  [ ]  Medikamentenunverträglichkeit

[ ]  [ ]  Asthma bronchiale

[ ]  [ ]  Impfungen (letzte 5 Jahre)

[ ]  [ ]  Anderes

1. Welche Beschwerden sind noch aktuell?

1. Sind diese Beschwerden oder ist diese Krankheit momentan

[ ]  unverändert [ ]  gebessert [ ]  geheilt

1. Mussten Sie deswegen den Arzt konsultieren? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes:

1. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie Verletzungen / Beschwerden / Operationen am Bewegungsapparat?

ja nein re li was wann

[ ]  [ ]  Nacken [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Schulter [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Oberarm [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Ellbogen [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Unterarm [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Handgelenk [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Hand [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Rücken [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Becken [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Hüfte [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Oberschenkel [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Knie [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Unterschenkel [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Achillessehne [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Sprunggelenk [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Fuss [ ]  [ ]

[ ]  [ ]  Anderes [ ]  [ ]

1. Welche Beschwerden sind noch aktuell?

1. Diese Verletzung ist momentan

[ ]  unverändert [ ]  gebessert [ ]  geheilt

1. Mussten Sie deswegen den Arzt konsultieren? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes:

1. Brauchen Sie regelmässig Medikamente [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, welche?

1. Wann fand die letzte zahnärztliche Kontrolle statt? [ ]  > 1 Jahr [ ]  < 1 Jahr

# Gewicht, Essen, Zusatznahrung, Supplemente, Alkohol, Nikotin

* 1. War Ihr Gewicht in den letzten zwei Jahren konstant? [ ]  ja [ ]  nein
	2. Haben Sie in den letzten zwei Jahren absichtlich Gewicht verloren oder zugenommen?

Wenn ja, warum? [ ]  ja [ ]  nein

* 1. Sind Sie unter einer Diät? [ ]  ja [ ]  nein

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

* 1. Sind Sie Vegetarier? [ ]  ja [ ]  nein
	2. Nehmen Sie Zusatznahrung (Kohlenhydrate, Eiweiss etc.)? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, was, wie viel, wann?

* 1. Nehmen Sie Supplemente (Vitamine, Magnesium, Kreatin, Carnitin etc.?) [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, was, wie viel, wann?

* 1. Trinken Sie regelmässig Alkohol? [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, was, wie viel?

* 1. Rauchen Sie oder nehmen Sie Snus (Tabak unter der Oberlippe?) [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? seit       Jahr/en

Wie viele Zigaretten?       pro Tag

Wie oft konsumieren Sie Snus?       pro Tag

# Sport

1. Wie viel trainieren Sie?

# Eigenbeurteilung

Fühlen Sie sich zurzeit 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: