

Sportmedizinisches Interview

(Version: 01.04.2021)

Name, Vorname:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Strasse:	<input type="text"/>	Beruf:	<input type="text"/>
PLZ/Ort:	<input type="text"/>	Tel. P:	<input type="text"/>
Email:	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>

Sportart und Disziplin:	<input type="text"/>		
Kaderstufe:	<input type="text"/>	Verband/Club:	<input type="text"/>
Swiss Olympic Card Kat./ Nummer:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>

Hausarzt*in (mit Adresse/Tel.):	<input type="text"/>
Verbandsarzt*in (mit Adresse/Tel.):	<input type="text"/>
Physiotherapeut*in (mit Adresse/Tel.):	<input type="text"/>

Einverständniserklärung:

Ich erteile mein Einverständnis, dass die im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung erhobenen Befunde und Diagnosen gemäss dem ärztlichen Geheimnis vertraulich behandelt und abgelegt werden. Ich bin einverstanden, dass die Angaben sowohl durch meinen Verbandsarzt*in als auch durch meine Hausarzt*in eingesehen werden können.

Bei wissenschaftlichen Fragestellungen zu Gunsten der Weiterentwicklung des Schweizer Sports bin ich einverstanden, dass meine Angaben in anonymisierter Form sorgfältig verwendet werden dürfen.

Personen unter 18 Jahren bedürfen der schriftlichen Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreter*in.

Ort und Datum:

Unterschrift Athlet*in und/oder gesetzliche Vertreter*in:

1. Familie

- a. Sind Ihre Eltern und Geschwister gesund? ja nein

Wenn nein, an was leiden Sie?

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

<input type="checkbox"/> Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Bluterkrankungen
<input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten	<input type="checkbox"/> psychische Krankheiten	<input type="checkbox"/> andere Krankheiten
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Osteoporose	

Wenn ja, bitte erläutern:

- c. Haben Sie Geschwister und betreiben diese auch eine Sportart?

Geschwister (Jahrgang, Geschlecht, Sportart)

2. Risikobeurteilung Herz/Kreislauf

- a. Wann wurde bei Ihnen die letzte ärztliche Kontrolle (körperliche Untersuchung mit Blutdruckmessung) durchgeführt?

- b. Wurde bei Ihnen in den letzten 2 Jahren eine Herzstromkurve (EKG) abgeleitet?

ja nein

- c. Haben Ihre Eltern/Ärzt*innen Ihnen gegenüber je von einem Herzproblem gesprochen und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?

ja nein

- d. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Brustschmerzen oder waren Sie bewusstlos?

ja nein

- e. Leiden Sie in Ruhe oder bei Anstrengung unter Husten, Atemnot, Engegefühl oder Druckgefühl in der Brust oder im Bauch?

ja nein

- f. Hat Sie eine Ärzt*in in den letzten Jahren wettkampfunfähig erklärt oder ist Ihnen ein weiterer Grund bekannt, weshalb sie nicht leistungsorientiert Sport betreiben könnten?

ja nein

- g. Hat Ihnen jemals eine Ärzt*in ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?

ja nein

- h. Rauchen Sie, haben Sie ein erhöhtes Cholesterin, leiden Sie an einem hohen Blutdruck oder Zuckerkrankheit?

ja nein

- i. Starb jemand in ihrer Familie plötzlich vor dem 50. Lebensjahr und/oder leiden Mitglieder (jünger als 65 Jahre) Ihrer Familie an koronarer Herzkrankheit, Angina pectoris oder musste ein Herzeingriff vorgenommen werden?

ja nein

Erläuterungen zu den Fragen 2a.-2i., falls eine der Fragen mit "ja" beantwortet wurde:

3. Eigene Person

a. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie früher **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"/>	Asthma bronchiale		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen/Darm		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber (Gelbsucht)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren/Blase/Harnverlust		
<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"/>	Gehirnerschütterung		
<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"/>	Allergien, z.B. Heuschnupfen		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeit		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes		

Welche Beschwerden sind noch aktuell?

Wie sind diese Beschwerden oder wie ist diese Krankheit momentan?

unverändert

gebessert

geheilt

Mussten Sie deswegen die Ärzt*in konsultieren?

ja

nein

Wenn ja, Name und Adresse der Ärzt*in:

b. Haben Sie zurzeit oder hatten Sie Verletzungen/Beschwerden/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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Welche Beschwerden sind noch aktuell?

Wie ist diese Verletzung momentan?

unverändert

gebessert

geheilt

Mussten Sie deswegen die Ärzt*in konsultieren?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse der Ärzt*in:

c. Brauchen Sie regelmässig Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche?

d. Haben Sie für spezielle Medikamente eine ATZ (Ausnahmebewilligung für therapeutische Zwecke) bzw. eine TUE (Therapeutic Use Exemption)?

ja nein

Wenn ja, für welche?

e. Wann fand die letzte zahnärztliche Kontrolle statt (Jahr)?

f. Wurden in den letzten 5 Jahren Impfungen durchgeführt

Wenn ja, welche und wann?

ja nein

4. Wohlbefinden/Schlaf

a. Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht? Stunden

b. Haben Sie Mühe ein- oder durchzuschlafen? ja nein

c. Wohlbefinden: Die folgenden Aussagen betreffen Ihr Wohlbefinden in den *letzten zwei Wochen*. Bitte markieren Sie bei jeder Aussage die Rubrik, die Ihrer Meinung nach am besten beschreibt, wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

In den letzten 2 Wochen....	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt	Punkte
... war ich froh und guter Laune.	5	4	3	2	1	0	<input type="text"/>
... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt.	5	4	3	2	1	0	<input type="text"/>
... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt.	5	4	3	2	1	0	<input type="text"/>
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	5	4	3	2	1	0	<input type="text"/>
... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	5	4	3	2	1	0	<input type="text"/>
						Total:	<input type="text"/>

5. Gewicht, Ernährung, Zusatznahrung, Supplemente, Alkohol, Nikotin, Drogen

a. War Ihr Gewicht in den letzten zwei Jahren konstant? ja nein

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

ja nein

Wenn ja, warum?

c. Sind Sie unter einer Diät (z.B. Laktosefrei, Glutenfrei, FODMAP u.a.m.)? ja nein

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

d. Ernähren Sie sich spezifisch z.B. fleischlos, vegetarisch, vegan, etc.? ja nein

Wenn ja, welche spezifische Ernährung und seit wann?

e. Nehmen Sie Zusatznahrung (Kohlenhydrate, Eiweisse etc.)? ja nein

Wenn ja, was, wieviel, wann?

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

ja nein

Wenn ja, was, wieviel, wann?

g. Trinken Sie regelmässig Alkohol?

ja nein

Wenn ja, was und wieviel?

/ Tag

h. Rauchen Sie oder nehmen Sie sonstige nikotinhaltige Substanzen wie Snus (Tabak unter der Oberlippe) zu sich?

ja nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?

Jahre

Wenn ja, was und wieviel?

/ Tag

i. Nehmen Sie oder haben Sie früher einmal Suchtmittel (z.B. THC, Kokain) oder leistungssteigernde Medikamente (z.B. Anabolika) eingenommen oder gespritzt?

ja nein

Wenn ja, was und wieviel?

6. Sport/Training

a. Wie sieht Ihr momentanes Training aus?

Beispiel einer durchschnittlichen Trainingswoche:

- Anzahl Stunden
- Ruhetag(e), falls vorhanden

Zusätzlich können Sie jeder Trainingseinheit Details zur Trainingsform zufügen:

- Sportartspezifisches oder anderes Training (z.B. Kraft, mental, regenerativ)

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		Total
	[h]	Trainings- form	[h]	Trainings- form	[h]	Trainings- form	[h]	Trainings- form	[h]	Trainings- form	[h]	Trainings- form	[h]	Trainings- form	[h]
Vmittag															
Mittag															
Nmittag															
Abend															
Total															

b. Führen Sie ein Trainingstagebuch?

ja nein

c. Wie steuern Sie Ihre Trainingsintensität (Herzfrequenz, Laktat, subjektives Empfinden usw.)?

d. Periodisieren Sie Ihr Training?

ja nein

Wenn ja, wie?

e. Wie verlief Ihre Leistungskurve in den letzten 2 Jahren?

- ansteigend
 gleichbleibend
 abfallend
 wechselnd

7. Erholung, Sportpsychologie

a. Wie oft führen Sie erholungsfördernde Massnahmen durch?

- Massage Sauna
 Bäder anderes

b. Führen Sie regelmässig Stretching durch? ja nein

c. Führen Sie regelmässig Faszientraining durch (Deep Foam Rolling, z.B. Black Roll)? ja nein

d. Haben Sie schon sportpsychologische Trainingsverfahren durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche?

8. Eigenbeurteilung

a. Nun geht es um Ihre allgemeine Lebenszufriedenheit. Wie zufrieden sind Sie gegenwärtig, alles in allem, mit Ihrem Leben?

- überhaupt nicht zufrieden völlig zufrieden
- 0
 1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10

b. Fühlen Sie sich zurzeit voll einsatz- und leistungsfähig? ja nein

Falls nein, wieso nicht?

9. Fragen?

Folgende Fragen möchte ich noch besprechen: