

Sportmedizinisches Interview

(Version: 01.08.2019)

| | |
|----------------|---------------|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| Strasse: | Beruf: |
| PLZ/Ort: | Tel. P: |
| Email: | Mobil: |

| | |
|------------------------------------|---------------|
| Sportart und Disziplin: | |
| Kaderstufe: | Verband/Club: |
| Swiss Olympic Card Kat./ Nummer: / | |

| |
|--------------------------------------------------|
| Hausarzt ¹ (mit Adresse/Tel.): |
| Verbandsarzt ¹ (mit Adresse/Tel.): |
| Physiotherapeut ¹ (mit Adresse/Tel.): |

¹ Sämtliche Begriffe werden im geschlechtsneutralen Sinne verwendet.

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 als auch durch meinen Hausarzt 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 ihres gesetzlichen Vertreters.

Ort und Datum:

Unterschrift Athlet¹ und/oder gesetzlicher Vertreter¹:

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 | | |

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/Ärzte 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 ein Arzt 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 ein Arzt 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:

***Bei Verlaufs-SPU in späteren Jahren können die Rubriken 1 und 2 weggelassen werden.**

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/Prostata | |
| <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 den Arzt konsultieren?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes:

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 den Arzt konsultieren?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes:

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 | |
| ... habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| ... habe ich mich energisch und aktiv gefühlt. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| ...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| ... war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren. | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | |
| | | | | | | Total: | |

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?

(Trainingsfaktoren, wenn möglich angeben (A/Ausdauer; F/Kraft; S/Schnelligkeit; K/Koordination)):

| Trainingsform | Trainingsfaktor | Umfang in h/Wo | Einheiten/Wo | Bemerkungen |
|---------------------------|-----------------|----------------|--------------|-------------|
| sportartspezifisch | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| anderes | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Beispiel einer durchschnittlichen Trainingswoche (Training T oder A/F/S/K wie oben; Schule, Arbeit/SA und Pausen/P eintragen)

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|----------------|--------|----------|----------|------------|---------|---------|---------|
| Morgen | | | | | | | |
| Mittag | | | | | | | |
| Nmittag | | | | | | | |
| Abend | | | | | | | |

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. Fühlen Sie sich zurzeit voll einsatz- und leistungsfähig?

ja nein

Falls nein, wieso nicht?

9. Fragen?

Folgende Fragen möchte ich noch besprechen: