**Sportmedizinisches Interview**

(Version: 01.04.2021)

Name, Vorname:       Geburtsdatum:

Strasse:       Beruf:

PLZ/Ort:       Tel. P:

Email:       Mobil:

Sportart und Disziplin:

Kaderstufe:       Verband/Club:

Swiss Olympic Card Kat./ Nummer:      /

Hausärzt\*in (mit Adresse/Tel.):

Verbandsärzt\*in (mit Adresse/Tel.):

Physiotherapeut\*in (mit Adresse/Tel.):

**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 Verbandsärzt\*in als auch durch meine Hausärzt\*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?

Herzkrankheiten  Zuckerkrankheit  rheumatische Erkrankungen

Bluthochdruck Krebserkrankung  Bluterkrankungen

Lungenkrankheiten  psychische Krankheiten andere Krankheiten

Asthma bronchiale  Osteoporose

Wenn ja, bitte erläutern:

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

Geschwister (Jahrgang, Geschlecht, Sportart)

**2. Risikobeurteilung Herz/Kreislauf**

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

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

ja  nein

1. Haben Ihre Eltern/Ärzt\*innen Ihnen gegenüber je von einem Herzproblem gesprochen und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinscher Kontrolle empfohlen?

ja  nein

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

ja  nein

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

ja  nein

1. Hat Sie eine Ärz\*tin in den letzten Jahren wettkampfunfähig erklärt oder ist Ihnen ein weiterer Grund bekannt, weshalb sie nicht leistungsorientiert Sport betreiben könnten?

ja  nein

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

ja  nein

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

ja  nein

1. 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**

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

ja nein was wann

Herz/Kreislauf

Lunge

Asthma bronchiale

Magen/Darm

Leber (Gelbsucht)

Nieren/Blase/Harnverlust

Haut

Augen

Zähne

Hals/Rachen

Ohren

Stirn-/Kieferhöhlen

Gehirnerschütterung

Nervensystem

Epilepsie

Zuckerkrankheit

Allergien, z.B. Heuschnupfen

Medikamentenunverträglichkeit

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:

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

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:

1. Brauchen Sie regelmässig Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche?

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

Wenn ja, für welche?

1. Wann fand die letzte zahnärztliche Kontrolle statt (Jahr)?
2. Wurden in den letzten 5 Jahren Impfungen durchgeführt

Wenn ja, welche und wann?  ja  nein

1. **Wohlbefinden/Schlaf**
2. Wie viele Stunden schlafen Sie pro Nacht?       Stunden
3. Haben Sie Mühe ein- oder durchzuschlafen?  ja  nein
4. 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**: |  |

1. **Gewicht, Ernährung, Zusatznahrung, Supplemente, Alkohol, Nikotin, Drogen**
2. War Ihr Gewicht in den letzten zwei Jahren konstant?  ja  nein
3. 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?

1. **Sport/Training**
2. 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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Führen Sie ein Trainingstagebuch?  ja  nein
2. Wie steuern Sie Ihre Trainingsintensität (Herzfrequenz, Laktat, subjektives Empfinden usw.)?

1. Periodisieren Sie Ihr Training?  ja  nein

Wenn ja, wie?

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

ansteigend  gleichbleibend  abfallend  wechselnd

1. **Erholung, Sportpsychologie**
2. Wie oft führen Sie erholungsfördernde Massnahmen durch?

Massage        Sauna

Bäder        anderes

1. Führen Sie regelmässig Stretching durch?  ja  nein
2. Führen Sie regelmässig Faszientraining durch (Deep Foam Rolling,z.B. Black Roll)?  ja  nein
3. Haben Sie schon sportpsychologische Trainingsverfahren durchgeführt?

ja  nein

Wenn ja, welche?

1. **Eigenbeurteilung**
2. 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

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

Falls nein, wieso nicht?

1. **Fragen?**

Folgende Fragen möchte ich noch besprechen: