



## Schweizerischer Ruderverband SRV Sportmedizinischer Fragebogen

### Personalien:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

Beruf:

PLZ, Wohnort:

Tel. G:

Tel. P:

Handy:

Krankenkasse:

Unfallversicherung:

Zusatzversicherung  
(Versicherungsangaben jeweils mit Adresse)

### Einverständniserklärung:

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung, welche im Rahmen der Ruder Lizenz 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 selber 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 und/oder gesetzlicher Vertreter:

Sämtliche Begriffe werden im geschlechtsneutralen Sinne verwendet.

Bitte zutreffende Antwort(en) ankreuzen beziehungsweise schriftlich erläutern.

### 1. Familie

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

- |                                                    |                                          |                                                 |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck             | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale      |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten         |                                          | <input type="checkbox"/> Krebs                  |
| <input type="checkbox"/> rheumatische Erkrankungen |                                          | <input type="checkbox"/> psychische Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten        |                                          | <input type="checkbox"/> Übergewicht            |

b. Sind Ihre Eltern und Geschwister gesund?  ja  nein

Wenn nein, an was leiden sie?

.....

---

### 2. Risikobeurteilung Herz / Kreislauf

a. Liegt die letzte ärztliche Kontrolle (körperliche Untersuchung mit Blutdruckmessung) länger als zwei Jahre zurück?  ja  nein

b. Haben Sie ein Herzgeräusch/Herzfehler?  ja  nein

c. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Brustschmerzen oder waren Sie bewusstlos?  ja  nein

d. Starb jemand in Ihrer Familie plötzlich?  ja  nein

e. Haben die Ärzte bei Ihren Familienmitgliedern je ein vergrößertes Herz oder ein Marfansyndrom (Bindegewebskrankheit) festgestellt?  ja  nein

f. Nehmen Sie oder haben Sie früher einmal Suchtmittel (z.B. Kokain) oder leistungssteigernde Medikamente (z.B. Anabolika) eingenommen oder gespritzt?  ja  nein

g. Hat Sie ein Arzt in den letzten Jahren wettkampfunfähig erklärt?  ja  nein

h. Leiden Mitglieder (jünger als 65 Jahre) Ihrer Familie an koronarer Herzkrankheit, Angina pectoris oder musste ein Herzeingriff vorgenommen werden?  ja  nein

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

j. 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:

.....

.....

.....



f. Welche Beschwerden sind noch aktuell?

.....

g. Diese Verletzung ist momentan

unverändert

gebessert

geheilt

h. Mussten Sie deswegen den Arzt konsultieren?

ja  nein

Wenn ja, Name und Adresse des Arztes:

.....

i. Brachen Sie regelmässig Medikamente

ja  nein

Wenn ja, welche?

.....

k. Wann fand die letzte zahnärztliche Kontrolle statt?

> 1 Jahr

< 1 Jahr

---

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

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?

Wenn ja, warum?

ja  nein

.....

c. Sind Sie unter einer Diät?

ja  nein

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

.....

d. Sind Sie Vegetarier?

ja  nein

e. Nehmen Sie Zusatznahrung (Kohlenhydrate, Eiweiss etc.)?

ja  nein

Wenn ja, was, wie viel, wann?

.....

.....

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

ja  nein

Wenn ja, was, wie viel, wann?

.....

.....

g. Trinken Sie regelmässig Alkohol?

ja  nein

Wenn ja, was, wie viel?

h. Rauchen Sie oder nehmen Sie Snus (Tabak unter der Oberlippe?)

ja  nein

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?

..... Jahre

Wie viele Zigaretten?

..... pro Tag

Wie oft konsumieren Sie Snus?

..... pro Tag

