



Fragebogen Gesundheit & Sport

1. Stammdaten

Name, Vorname:

Straße:

Tel. priv.:

Beruf (Hauptbelastung):

Hobbies:

Geburtsdatum:

PLZ/ Ort:

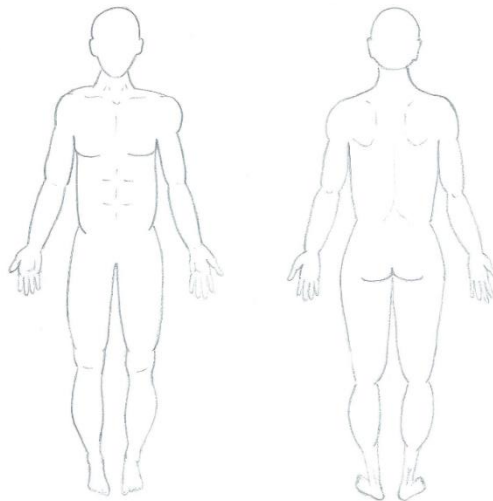
E-Mail:

Gewicht: [kg] Größe: [cm]

2. Erkrankungen/ Beschwerden

Haben sie körperliche Schmerzen?

Wenn ja, zeichnen Sie hier den/ die schmerzhaft/e/n Bereich/e ein:



Wenn ja, kreuzen sie unten die zutreffende Ziffer an:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kaum bis minimale Schmerzen		Leicht spürbare Schmerzen		Spürbare Schmerzen		Deutlich spürbare Schmerzen		Starke Schmerzen		Unerträgliche Schmerzen



Gab es einen Auslöser für Ihre Beschwerden? _____

Wie würden Sie Ihre Schmerzen beschreiben? (drückend, stechend, ziehend, pochend, brennend, taub, kribbelnd): _____

Was erleichtert Ihre Beschwerden? _____

Was verschlechtert Ihre Beschwerden? _____

Haben Sie weitere Beschwerden? (zutreffendes bitte ankreuzen)

Schwindel

Übelkeit

Kopfschmerzen

Schluckbeschwerden

Schlafstörungen

Nachtschmerzen

Fieber

unerklärlicher Gewichtsverlust

sonstige Beschwerden: _____

3. Nebenerkrankungen (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen?

Ja Nein

Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben?

Ja Nein

Haben Sie Auffällige Blutparameter?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?

Ja Nein

Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht sportlich aktiv sein sollten?

Ja Nein

Wenn ja, welchen? _____



Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie jemals das Bewusstsein verloren? Ja Nein

Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter Belastung verschlechtern könnten? Ja Nein

Leiden Sie unter Panikattacken/ Depressionen/ andere psychische Erkrankungen? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Erkrankung	Medikament	Aktuell in ärztlicher Behandlung bei
Herz- Kreislauferkrankungen		
Atemwegserkrankungen		
Osteoporose		
Diabetes		
Rheumatische Erkrankungen		
Thromboseneigung		
Aneurysma		
Tumor/ Krebserkrankungen		
Epilepsie		

Falls eine oder mehrere der Erkrankungen zutreffen sollten, schreiben Sie hier bitte eine kurze Beschreibung der Erkrankung, sowie ein Datum und die Art der Therapie:

Haben Sie sonstige Erkrankungen, die nicht aufgelistet wurden?

Nehmen Sie noch andere Medikamente, die nicht aufgelistet wurden?



Hatten Sie Operationen?

Art der Operation	OP-Datum	Operateur

(bitte nehmen Sie zu Ihrem Termin aktuelle Befund-/ Operationsberichte mit)

4. Ernährung und Schlaf

Nehmen Sie regelmäßig Mahlzeiten zu sich? Ja Nein

Wie viele Mahlzeiten essen Sie pro Tag? _____ Mahlzeiten/ Tag

Haben Sie eine besondere Ernährungsform? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Ernährungsstatus (Selbsteinschätzung): gut mittel schlecht

Rauchen Sie? Ja Nein

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? _____ Std.

Schlafen Sie durchgehend/ wie ist Ihre Schlafqualität? _____

5. Sportanamnese/ Trainingsanamnese

Wurde in den letzten 6 Wochen regelmäßig trainiert? Ja Nein

Gab es in den letzten 12 Wochen (krankheitsbedingte) Ausfälle? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wann war die letzte Trainingseinheit? _____

Was war der Trainingsschwerpunkt der letzten Wochen? _____

Wann war der letzte Wettkampf? Ergebnis? _____



Was ist Ihre persönliche Bestleistung (Distanz/ Zeit)?

Wo liegen Ihre persönlichen Stärken?

Wo liegen Ihre Schwächen?

6. Aktuelles Trainingsprogramm

Gesundheitssport Freizeitsport Leistungssport

Welche Sportarten betreiben Sie?

Sportart	Trainingsjahre	Wettkampfjahre	Regelmäßigkeit des Trainings
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Winter
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Winter
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Winter
			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Sommer <input type="checkbox"/> Winter

Tragen Sie hier bitte eine typische Trainingswoche der letzten 12 Wochen ein

Tag	durchschnittliches Belastungsprogramm (Dauer/ Kilometer)	zukünftiges Zeitbudget
Mo		
Di		
Mi		
Do		
Fr		
Sa		
So		

Bemerkungen:

8. Weitere sportliche Aktivitäten in der Vergangenheit

Sportart	Jahre	Niveau
	Trainingsjahre: _____ Wettkampfjahre: _____	<input type="checkbox"/> Gesundheitssport <input type="checkbox"/> Freizeitsport <input type="checkbox"/> Leistungssport
	Trainingsjahre: _____ Wettkampfjahre: _____	<input type="checkbox"/> Gesundheitssport <input type="checkbox"/> Freizeitsport <input type="checkbox"/> Leistungssport
	Trainingsjahre: _____ Wettkampfjahre: _____	<input type="checkbox"/> Gesundheitssport <input type="checkbox"/> Freizeitsport <input type="checkbox"/> Leistungssport
	Trainingsjahre: _____ Wettkampfjahre: _____	<input type="checkbox"/> Gesundheitssport <input type="checkbox"/> Freizeitsport <input type="checkbox"/> Leistungssport
	Trainingsjahre: _____ Wettkampfjahre: _____	<input type="checkbox"/> Gesundheitssport <input type="checkbox"/> Freizeitsport <input type="checkbox"/> Leistungssport

Bemerkungen: _____

9. Ziele

Welche persönlichen Ziele möchten Sie sich verwirklichen (privat/ sportlich)?

ggf. auch Wettkampftermine, sportliche Höhepunkte, aber auch Gewichtsreduzierung, ...

10. Sportverein

Sind Sie Mitglied in einem Sportverein?

Ja Nein

Wenn ja, in welchem? _____



11. Haftungsausschluss

Ich versichere Ihnen, dass ich alle Fragen über meinen Gesundheitszustand wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.

Ich erkläre, dass ich mich zum Zeitpunkt der Behandlung/ des Trainings körperlich, geistig und seelisch sportgesund fühle und dass ich freiwillig, auf eigene Verantwortung und auf eigenes Risiko teilnehme. Beschwerden jedweder Art oder Unwohlsein teile ich dem Trainer unverzüglich mit.

Mir ist bewusst, dass das falsche oder unachtsame Ausführen der Übungen gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit haben kann.

Mir ist bekannt, dass ich mit der Ausübung der von mir gewünschten Trainingsweise die einhergehenden allgemeinen Risiken selbst zu tragen und für die daraus entstehenden Sach- und Personenschäden grundsätzlich selbst aufzukommen habe.

Falls trotz fachkundiger Anleitung Folgeschäden auftreten, die darauf zurückzuführen sind, dass ich Ausschlussgründe verschwiegen habe, ist Sports_Innovated® von jeder Haftung freigestellt.

Dieses gilt auch für Schäden, die dadurch entstehen, weil ein Ausschlussgrund dem Klienten selbst nicht bekannt und für den Trainer nicht erkennbar war.

Haftungsanspruch gegenüber Sports_Innovated® besteht nicht. Im Zweifelsfall sind Indikationen vom Kunden durch einen Arzt abzuklären.

Ich schließe alle Haftungsansprüche gegenüber Sports_Innovated®, die aus eventuellen gesundheitlich-medizinischen Problemen als Folge der Behandlung/ des Trainings entstehen können, ausdrücklich aus.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich über die Risiken und Abläufe ausreichend informiert wurde und den obigen Text zum Haftungsausschluss zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum

Patient/ Bevollmächtigter/ Sorgeberechtigter



12. Laktatabnahmen/ Spiroergometrie

Im Rahmen der Laktatleistungsdiagnostik werden Blutabnahmen von je 20ul pro Belastungsstufe (insgesamt max. 10) aus einem Ohrläppchen durchgeführt. Sollte ich gegen Bienengift allergisch sein, werde ich die Mitarbeiter von Sports_Innovated® darüber informieren, damit die Abnahmen ohne die vorherige Anwendung einer durchblutfördernden Salbe, welche Bienengift enthält, erfolgen. Nach den Abnahmen kann es zu einer vorübergehenden Rötung und Schmerzhaftigkeit des Ohrläppchens kommen. In sehr seltenen Fällen sind laut Literatur bakterielle Infektionen nach solchen Abnahmen aufgetreten, welche antibiotisch behandelt werden mussten.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich vom obigen Text Kenntnis genommen habe, sowie mein Einverständnis zur Laktatmessung/ Spiroergometrie und die Einwilligung in den dazu notwendigen Eingriff.

Ort, Datum

Patient/ Bevollmächtigter/ Sorgeberechtigter



13. Datenschutz nach Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Gesundheit und Ihre Daten sind uns wichtig.

Gemäß der Datenschutzgrundverordnung sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, dass Ihre Daten bei uns gespeichert werden. Wir speichern Ihre Daten aufgrund der gesetzlichen Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO.

Wir nutzen Ihre Daten zur Dokumentation des Behandlungsverlaufs und zur Abrechnung der von uns erbrachten Leistungen gegenüber Ihnen bzw. Ihrer Krankenkasse. Dadurch wird sichergestellt, dass Ihre Daten auch bei Weitergabe an Ihre Krankenkasse sicher sind. Des Weiteren werden Ihre Daten an das von Sports_Innovated betreute Steuerberatungsbüro und Abrechnungszentrum (Optica Abrechnungszentrum Dr. Güldener GmbH, Marienstr. 10, 70178 Stuttgart) weitergegeben.

Zudem können administrative Notwendigkeiten, wie in der Kommunikation mit Ihrer zuweisenden Arztpraxis (z. B. Korrektur Ihres Rezeptes) dazu führen, dass Ihre Daten auf postalischem oder elektronischem Weg übermittelt werden müssen. Dazu zählt auch die Weitergabe von befunderhebenden und therapeutischen Informationen (z. B. MRT-Bilder).

Soweit wir Ihre Daten elektronisch abspeichern, haben wir technisch-organisatorische Maßnahmen ergriffen, um diese zu schützen.

Sie gestatten Sports_Innovated GmbH (Verantwortlicher im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO) im Rahmen der Therapie personenbezogene Daten von Ihnen/Ihrem Kind zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen.

Sie gestatten Sports_Innovated® jederzeit Sie über Ergebnisse, Trainingspläne, Änderungen und Neuerungen per Mail zu kontaktieren.

Dies ist für die Erbringung der vertraglichen Leistung erforderlich. Sie haben jederzeit ein Auskunftsrecht über die von Ihnen erhobenen Daten. Nach § 630 f Abs. 3 BGB beträgt die Aufbewahrungspflicht Ihrer Daten 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung. Die vorstehende Erklärung gilt auch für zukünftige Behandlungen und kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort, Datum

Patient/ Bevollmächtigter/ Sorgeberechtigter