



Eingangsfragebogen

Persönliches

Herr Frau

Datum:

Name:

Straße, Nr: PLZ, Ort:

Tel: Fax:

E-Mail:

Größe (in cm): Gewicht (in kg):

Geb.-Datum: Alter:

Sportaktivitäten

Welche Sportarten / welche sportlichen Aktivitäten betreiben Sie seit mindestens 6 Monaten regelmäßig (mindestens 1 x pro Woche) mit wie vielen Stunden pro Woche?

1. mit Stunden/Woche

2. mit Stunden/Woche

3. mit Stunden/Woche

Mit welchem Trainingspuls (Schläge/Minute) haben Sie im Durchschnitt Ihr Ausdauertraining absolviert (bitte ankreuzen)?

weiß nicht 110–125 125–140 140–155 >155

Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Leistungsfähigkeit ein?

ungenügend mangelhaft ausreichend befriedigend gut sehr gut



Sportmedizinische Angaben

Haben Sie chronische oder akute gesundheitliche Probleme?

- Herz-Kreislauf-Erkrankungen:
- orthopädische Probleme:
- Stoffwechsel-Erkrankungen:
- sonstige:

Bemerkung zu Erkrankungen:

.....

.....

.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- nein
- ja, folgende Medikamente:

Sportliche Ziele

.....

.....

.....

.....

Haftungsausschluss-Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich freiwillig an einer leistungsdiagnostischen Untersuchung, dem aeroscan, teilnehme. Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Leistungsdiagnostik eine Atemgasanalyse durchgeführt wird. Die maximale Belastung während der Untersuchung unterliegt meiner freien Entscheidung und wird nicht vom Untersuchungsleiter vorgegeben. Ich kann jederzeit die Untersuchung abbrechen. Ich bin über die theoretisch denkbaren negativen gesundheitlichen Folgen eines maximalen Ausbelastungstests (z. B. Übelkeit, Kollaps, Herz-Kreislauf-Stillstand) aufgeklärt worden. Zur Trainingsplanung ist eine maximale Ausbelastung nicht zwingend notwendig.

Außerdem bestätige ich, dass meinerseits keine medizinischen Einwände (z. B. Herz-/ Kreislaufferkrankungen, akute Infekte etc.) gegen eine Ausbelastung bestehen und ich zurzeit keine Medikamente einnehme, die meine sportliche Leistungsfähigkeit beeinflussen oder eine Gefahr im Zusammenhang mit der Leistungsdiagnostik darstellen könnten.

Die Teilnahme an der Leistungsdiagnostik erfolgt auf eigene Verantwortung!

Für eventuelle Schäden an meiner Person, Gesundheit, Eigentum oder anderen Dingen werde ich zu keiner Zeit Ansprüche stellen.

Datum: _____ Unterschrift: _____