

## Fragebogen Sportlabor

Datum der Untersuchung (Tag/Monat/Jahr):	
Name der untersuchenden Institution/Praxis:	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr):	
Sportart:	
Swiss Olympic (Talents) Card:	
<input type="checkbox"/> Swiss Olympic Gold Card	<input type="checkbox"/> Swiss Olympic Talents Card National
<input type="checkbox"/> Swiss Olympic Silber Card	<input type="checkbox"/> Swiss Olympic Talents Card Regional
<input type="checkbox"/> Swiss Olympic Bronze Card	<input type="checkbox"/> keine Swiss Olympic (Talents) Card
<input type="checkbox"/> Swiss Olympic Elite Card	<input type="checkbox"/> weiss nicht
Grösse in Zentimeter:	_____ cm
Gewicht morgens nüchtern:	_____ kg
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

1. Bitte kreuzen Sie an, falls Sie eventuelle **aktuelle Beschwerden** haben:

- Darmbeschwerden
- Verdauungsprobleme wie saures Aufstossen, Verstopfung, Durchfall, Bauchweh
- Nahrungsmittelunverträglichkeiten
- Herzerkrankungen
- Lungenerkrankung
- Neurologische Erkrankungen
- Allergien
- Heuschnupfen, Asthma
- Krebserkrankung
- Hoher Blutdruck
- andere, nämlich: .....
- andere, nämlich: .....

Nun haben wir ein paar Fragen zu Ihrer **Sportart und zum Training**:

2. Was ist Ihre Hauptsportart: .....
3. Seit wann trainieren Sie mindestens 3x pro Woche: .....
4. Wie viel haben Sie während der letzten 3 Monate trainiert?  
 ..... Stunden pro Woche
5. Wie viel haben Sie während des letzten Jahres trainiert?  
 ..... Stunden pro Woche

6. Wie schätzen Sie Ihren Trainingszustand momentan ein?

- tief                                             mittel                                             hoch

Ihre **Ernährung** interessiert uns, insbesondere ob Sie eine spezielle Diät durchführen.

7. Welche Aussage trifft zu?

- Ich esse mehr oder weniger alles, also auch Fleisch an mindestens 2 Tagen der Woche
- Ich esse alles, ernähre mich aber hauptsächlich fleischlos (<2 pro Woche Fleisch)
- Ich esse vegetarisch ohne Fleisch, aber mit tierischen Produkten (Milch, Eier etc.)
- Ich esse weder Fleisch noch tierische Produkte (Veganer)

8. Falls Sie Vegetarier oder Veganer sind, seit wann führen Sie diese Ernährung durch?

seit ..... (Monat/Jahr)

9. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Gewichtsschwankungen?

- Ja
- Nein
- Weiss nicht

Falls ja, welche Aussage trifft zu?

- Gewichtsschwankungen, weniger als 2 kg
- Gewichtsschwankungen, mehr als 2 kg

10. Der Unterschied zwischen tiefstem und höchstem Gewicht während des letzten Jahres war ..... kg

11. Bitte notieren Sie alle Medikamente und/oder Supplemente, die sie **über das letzte Jahr** eingenommen haben.

→ Vergessen Sie auch Eisen- oder Vitaminpräparate nicht

Medikament	Dosierung	Beginn
z.B. Lumin	12 mg 3x täglich	01.01.2012

Supplemente (Vitamine, Eisenpräparate, Mineralstoffe)	Dosierung	Beginn

Und nun kommen noch ein paar **Fragen für die Frauen** unter Ihnen.

→ Männer fahren bitte mit Frage 17 weiter.

12. Wann war Ihre **Menarche** (= erste Monatsblutung)?

..... (Alter in Jahren)

→ Falls Sie noch keine Monatsblutung haben, können Sie die nachfolgenden Fragen 13-16 überspringen.

13. Haben Sie momentan eine **regelmässige Menstruation**, d.h. mindestens 9 und maximal 15 Menstruationen pro Jahr?

- Ja
- nein, weniger als 9 Menses pro Jahr
- nein, mehr als 15 Menses pro Jahr

14. Falls Sie **zu wenige oder zu häufige Menstruationen** haben, wie viele sind dies in etwa? ..... pro Jahr

15. Falls Sie **Menstruationsunregelmässigkeiten** haben, seit wann bestehen diese?

seit ..... (Monat Jahr)

16. Nehmen Sie **Verhütungsmittel** ein oder benützen Sie eine andere hormonelle Methode zur Verhütung?

- Nein
- Ja, die Pille, seit ..... (Jahr)
- Ja, Östrogenring, seit ..... (Jahr)
- Ja, Depot unter der Haut..... (Jahr)
- Ja, andere: ..... seit ..... (Jahr)

17. Leiden Sie im Moment an einer **akuten Infektion** (z.B. Schnupfen, Grippe, Husten, Hautentzündung)?

- Ja
- Nein

Falls ja, kreuzen Sie Zutreffendes an:

- Schnupfen seit ..... (Tag/Monat/Jahr)
- Halsschmerzen seit ..... (Tag/Monat/Jahr)
- Grippaler Infekt mit Fieber >38.5°C seit ..... (Tag/Monat/Jahr)
- Grippaler Infekt ohne Fieber seit ..... (Tag/Monat/Jahr)
- Magen-Darm-Infekt seit ..... (Tag/Monat/Jahr)

- Infekt der Luftwege (Bronchitis, Husten) seit ..... (Tag/Monat/Jahr)
- Harnwegsinfekt seit ..... (Tag/Monat/Jahr)
- anderer Infekt, nämlich ..... seit ..... (Tag/Monat/Jahr)

18. Wir möchten noch wissen, ob Sie an folgenden Beschwerden leiden oder während des letzten Jahres daran gelitten haben?

	aktuell	letzte 3 Monate	letztes Jahr
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mühe mit Atmen oder Atemnot während körperlicher Anstrengung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern, unregelmässiger Puls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefühlsstörungen oder Kribbeln an Füssen oder Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gerötete, schuppende oder eingerissene Lippen oder Mundwinkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finger- oder Fussnagelveränderungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen der Zunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aphten im Mund			

19. Im Laufe unseres Lebens haben die meisten von uns Zeiten, in denen sie sich sehr müde oder matt fühlen. Haben Sie sich **in der letzten Woche** ungewöhnlich müde oder matt gefühlt?

- Ja
- Nein

20. Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die aussagt, welche Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) Sie **gerade jetzt** fühlen:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Müdigkeit									Stärkste vorstellbare Müdigkeit

21. Kreuzen Sie diejenige Zahl an, die Ihre **übliche** Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) in den letzten 24 Stunden beschreibt:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Müdigkeit									Stärkste vorstellbare Müdigkeit

22. Bitte kreuzen Sie diejenige Zahl an, die Ihre **stärkste** Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) in den letzten 24 Stunden beschreibt:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Müdigkeit					Stärkste vorstellbare Müdigkeit				

23. Bitte kreuzen Sie diejenige Zahl an, die angibt, wie stark Ihre Ermüdung (Müdigkeit, Mattigkeit) Sie in den vergangenen 24 Stunden **beeinträchtigt** hat:

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Müdigkeit					Stärkste vorstellbare Müdigkeit				

24. Die folgenden Worte beschreiben verschiedene Gefühle. Bitte kreuzen Sie für jedes Wort das Kästchen an, das am besten Ihre Gefühle **während der vergangenen Woche einschliesslich heute** beschreibt. Achten Sie darauf, dass Sie keine Zeile auslassen.

	Vergangene Woche fühlte ich mich:						Vergangene Woche fühlte ich mich:				
	gar nicht	etwas	ziemlich	stark	sehr stark		gar nicht	etwas	ziemlich	stark	sehr stark
zornig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	entmutigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
abgeschlafft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fröhlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unglücklich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verbittert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lebhaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erschöpft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schwermütig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lustlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	verzweifelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
traurig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	träge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aktiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hilflos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gereizt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ermattet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verdriesslich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	munter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
betrübt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wütend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
energisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schwungvoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ängstlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	schlecht gelaunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoffnungslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	minderwertig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überreizt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erschreckt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tatkräftig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verärgert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	entkräftet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Bitte beantworten Sie folgende Fragen, die **Beschwerden im direkten Zusammenhang mit dem sportlichen Training** erfassen.

	aktuell	letzte 3 Monate	letztes Jahr
Ich habe/hatte keinerlei Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generelle körperliche oder psychische Einschränkungen im Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eingeschränkte körperliche Leistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verzögerte Erholung nach dem Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewohnte Müdigkeit während des Trainings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewohnte Müdigkeit nach dem Training	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Was beschreibt Ihre Hautfarbe an der Innenseite des Oberarms (=Ihre Hautfarbe ohne Bräunung) am besten?

- Sehr hell
- Hell
- Leicht braun
- Dunkel braun (Indischer Typ)
- Schwarz (afrikanischer Typ)

27. Was würde passieren, wenn Ihre **Haut im Sommer regelmässig der Sonne ausgesetzt** wäre ohne Gebrauch von Sonnencreme?

Sie würde:

- Sehr gebräunt werden
- Leicht oder gelegentlich gebräunt werden
- Mässig stark gebräunt werden
- Nie/fast nie gebräunt werden und höchstens Sommersprossen bekommen

28. **Wie oft halten Sie sich draussen auf** während einer üblichen Woche?

<b>Sommerhalbjahr</b> (April-September)	an Wochentagen	..... Stunden pro Woche
	an Wochenenden	..... Stunden pro Woche
<b>Winterhalbjahr</b> (Oktober bis März)	an Wochentagen	..... Stunden pro Woche
	an Wochenenden	..... Stunden pro Woche

29. Wenn Sie sich draussen aufhalten, benützen Sie bei Sonnenschein eine **Sonnenschutzcrème**?

- immer                                             in 50% der Fälle                                             nie/fast nie

HERZLICHEN DANK FÜRS AUSFÜLLEN DIESES FRAGEBOGENS!

In Zusammenarbeit mit:

**Kantonsspital Aarau**

