

# 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

Geben Sie bitte an, wie lange Sie welche sportlichen Aktivitäten in einer Woche aktuell (mindestens seit den letzten 4 Wochen) durchführen.

**Beispiel:** Montag, Spinning, 60 min. oder Mittwoch, Jogging, 45 min.

	Was?	Wie lange?
Montag		
Dienstag		
Mittwoch		
Donnerstag		
Freitag		
Samstag		
Sonntag		

### 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-/ Kreislaferkrankungen, 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.

Ich wünsche eine maximale Ausbelastung:  ja  nein

Datum ..... Unterschrift .....

Vielen Dank für Ihre Angaben. Damit können wir den für Sie und Ihr Trainingsziel optimalen Trainingsplan erstellen. Weitere Informationen erhalten Sie hier:

[Stempel Ihres aeroscan-Anbieters]



# Checkliste vor dem aeroscan

Mit den folgenden Fragen prüfen Sie, ob Sie die notwendigen Voraussetzungen erfüllen, um mit dem aeroscan verwertbare Testergebnisse zu erhalten.

Name: ..... aeroscan-Termin: .....

## Vor dem aeroscan

	JA	NEIN
Liegt der letzte Wettkampf mindestens vier Tage zurück?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie gestern eine Trainingspause eingelegt oder sich nur wenig körperlich belastet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie gestern kohlenhydratreiche Speisen zu sich genommen? (z.B. Brot, Reis, Teigwaren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Am Testtag

Sind Sie ausgeruht und haben sich heute nicht körperlich belastet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie heute ausreichend Wasser getrunken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie heute gut und ausgewogen gefrühstückt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie heute im weiteren Tagesverlauf auf kohlenhydratreiche Nahrung (z.B. Energieriegel) verzichtet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie in den letzten beiden Stunden auf Nahrung und Getränke (außer Wasser) verzichtet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Nur wenn Sie am Testtag **alle Fragen** mit **JA** beantworten, kann der aeroscan beginnen. Andernfalls liefert der Test keine verwertbaren Ergebnisse.

Datum ..... Unterschrift .....

Vielen Dank.

Weitere Informationen erhalten Sie hier:

[Stempel Ihres aeroscan-Anbieters]