

**ERWACHSENE**

**STAMMDATENBLATT**

**UNTERSUCHUNGSDATUM:.....**

Sehr geehrte(r) Sportler(in), sehr geehrte( r) IPAS Kund(e)in!

Wir freuen uns, Sie bei uns begrüßen zu dürfen und bemühen uns, Ihnen ein optimales Service zu bieten. Um Ihre Untersuchung in unserem Institut möglichst effizient abwickeln zu können, bitten wir Sie, die folgenden 3 Seiten vor der Untersuchung auszufüllen. Der Zeitaufwand dafür beträgt etwa 10 Minuten. Die Angaben dienen als Basis für ein ärztliches Gespräch. Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Name: .....

Adresse: .....

Telefon / Fax / Mobil / e-mail: ...../...../...../.....

Sozialversicherungs-Nr./Geb.-Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Krankenkasse: .....

Beruf:..... Hausarzt: .....

Sportart: ..... Verein: .....

**Zustimmungserklärungen (bitte bei einzelnen Punkten JA oder NEIN markieren und dann unterschreiben)**

**JA / NEIN** Ich bestätige die Richtigkeit meiner oben angegebenen Daten.

**JA / NEIN** Ich bin damit einverstanden, dass bei mir die vereinbarten Untersuchungen, inklusive Herz-Kreislauf-Belastungstest, wie am **Informationsblatt auf Seite 4** beschrieben, durchgeführt werden, außer im Laufe der Untersuchung stellt sich heraus, dass ich aus gesundheitlichen Gründen nicht dazu geeignet bin. Ich bin informiert, dass ich während der Untersuchung jederzeit alle mir wichtig erscheinenden Fragen zu Untersuchung oder Untersuchungsergebnissen stellen kann.

**JA / NEIN** Ich erkläre, dass ich die in der Tarifliste „**Gebühreninformation gem. § 45(1) NÖ KAG**“ auf Seite 5 markierten Leistungen zu den dort aufgelisteten Tarifen auf persönlichen Wunsch beanspruche. Mir ist bewusst, dass diese Leistung mit meiner Krankenversicherung nicht verrechenbar ist und ich selbst für die Kosten aufzukommen habe. Ich weiß, dass ich die Leistung auch dann zu bezahlen habe, wenn die Belastungsuntersuchung aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig abgebrochen werden muss.

**JA / NEIN** Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse / Leistungsdiagnostischen Daten / an den Verein, Trainer ..... übermittelt werden.

**Datum / Unterschrift:** .....

**Sie haben von unserem Institut erfahren durch**

- Bekannte/Freunde
- Trainer
- Zeitschrift
- .....

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

Wenn Sie Fragen mit **JA** beantworten, geben Sie bitte genauere Angaben auf Seite 3

1. Was ist der Grund für diese Untersuchung?  
.....
2. Hatten Sie in letzter Zeit körperliche Beschwerden?  
 JA (bitte nähere Angaben Seite 3)  NEIN
3. Hatten Sie Spitalsaufenthalte?  JA  NEIN
4. Hatten Sie jemals eine Operation?  JA  NEIN  
bei JA bitte Genaueres auf Seite 3
5. Sind Sie bei körperlicher Belastung je bewusstlos geworden?  JA  NEIN  
Haben Sie Beschwerden bei körperlicher Belastung, wie...  
- Schwindel?  JA  NEIN  
- Schmerzen in der Brust?  JA  NEIN  
- Ungewöhnlich starke Atemnot?  JA  NEIN  
- Extraschläge / Herzrasen?  JA  NEIN  
Hatten Sie je bei einer Untersuchung ein Geräusch über dem Herz?  JA  NEIN  
Ist jemand in Ihrer Familie/Verwandtschaft jung verstorben (jünger als 40 J.)?  JA  NEIN
6. Hatten Sie jemals eine Kopfverletzung?  JA  NEIN  
Bewusstlosigkeit nach Sturz/Unfall?  JA  NEIN  
Hatten Sie jemals einen epileptischen Anfall?  
 JA  NEIN
7. Haben oder hatten Sie jemals Krankheiten an folgenden Organen:  
 Diabetes (Zuckerkrankheit)  
 Ich bin wegen Diabetes in Behandlung  
 Hoher Blutdruck (höher als 135/85 mmHg)  
 Ich bin wegen Bluthochdruck in Behandlung  
 Herz (Rhythmusstörungen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzklappen, etc)  
 Kopf / Gehirn (häufig Kopfschmerzen, Migräne, etc)  
 Atemwege, Lunge (auch Asthma)  
 Schilddrüse  
 Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse)  
 Gelenke (auch Rheuma)  
 Niere / Harnwege / Geschlechtsorgane  
 Psyche  
 Sonstige:.....
7. Hatten Sie jemals schwere Verletzungen (Knochenbrüche, Verrenkungen, Operationen) an:  
 Kopf, Hals, Schultergürtel (inkl Schlüsselbeinen)  
 Händen, Handgelenken, Ellbogen,  
 Ober-/ Unterarmen  
 Wirbelsäule, Rippen, Rücken, Brust  
 Hüfte, Leiste, Becken  
 Ober-/ Unterschenkel, Knöchel, Knie, Fuß
8. Verwenden Sie spezielle Schuheinlagen oder orthopädische Hilfsmittel?  JA  NEIN
9. Haben Sie irgendwelche Allergien?  JA  NEIN  
Wenn JA, bitte nähere Angaben (Wogegen, Art der Beschwerden) auf Seite 3
10. Rauchen Sie?  NEIN  NOCH NIE  FRÜHER  
seit wann nicht mehr?.....  
 JA: wieviel? ....., seit wann?.....  
Möchten Sie aufhören? .....
11. Wieviel Alkohol trinken Sie im Durchschnitt? (Glas/Woche) .....
12. Konsumieren Sie illegale Drogen?  JA  NEIN
13. Essen Sie eine spezielle Diät (z.B. Vegetarisch, Makrobiotisch, Trennkost,...)?  JA  NEIN
14. Sind Sie mit Ihrem Körpergewicht zufrieden?  JA  NEIN
15. Nehmen Sie „leistungsfördernde Mittel“ oder Hormonpräparate?  JA  NEIN
16. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  JA  NEIN  
Wenn JA, welche?  
.....  
.....  
.....

## Fragen zu Ihrer Gesundheit

### FÜR FRAUEN:

16. Nehmen Sie die Pille?  JA  NEIN  
 17. Kommt Ihre Regelblutung regelmäßig?  JA  NEIN  
 18. Sind Sie derzeit schwanger?  JA  NEIN  
 19. Hatten Sie bereits Schwangerschaften?  JA  NEIN

### KINDERKRANKHEITEN:

20. Welche der folgenden Kinderkrankheiten haben Sie Ihres Wissens nach gehabt?

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern      | <input type="checkbox"/> Mumps          |
| <input type="checkbox"/> Röteln      | <input type="checkbox"/> Scharlach      |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Feuchtblattern |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie  | <input type="checkbox"/> weiß nicht     |

### FAMILIENANAMNESE:

21. Sind in Ihrer engen Verwandtschaft (Eltern, Großeltern, Geschwister, Kinder) folgende Erkrankungen vorgekommen?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten       | <input type="checkbox"/> plötzlicher Herztod      |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck       | <input type="checkbox"/> Schlaganfall             |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit       | <input type="checkbox"/> Hoher Cholesterinspiegel |
| <input type="checkbox"/> Allergien             | <input type="checkbox"/> Krebs                    |
| <input type="checkbox"/> andere Erbkrankheiten |   |

### DATEN DER LETZTEN IMPFUNGEN: (JAHR)

Tetanus : .....  weiß nicht  bin nicht geimpft

FSME (Zecken): .....  weiß nicht  bin nicht geimpft

Kinderlähmung: .....  weiß nicht  bin nicht geimpft

Zu den Fragen, die Sie mit JA beantwortet haben, machen Sie hier bitte genauere Angaben:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

Welche weiteren Fragen hätten Sie nach dieser Untersuchung gerne beantwortet?

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

## Fragen zu Ihrer körperlichen Aktivität bzw. zu Ihrem Training

1. Sind Sie mit Ihrer Leistungsfähigkeit zufrieden?

- JA  NEIN, nicht ganz  NEIN, gar nicht

2. Betreiben Sie regelmäßig Sport?

- JA, ganzjährig, ..... mal pro Woche  
 ..... Stunden pro Woche (durchschnittlich)

NEIN, eher selten oder nie

unterschiedlich, je nach Jahreszeit:

bitte genauere Angaben (was, wie oft):

.....

3. Seit wann?

- schon immer  
 erst seit ..... Jahren  
 bisher noch gar nicht

4. Sind Sie in Ihrem Beruf / Hobby körperlich aktiv?

- JA, regelmäßig  JA, gelegentlich  NEIN

5. Haben Sie sich gestern oder vorgestern sehr angestrengt (Wettkampf, hartes Training, etc)?  JA  NEIN

6. Betreiben Sie Ausdauertraining (laufen, Rad fahren,...)?

- JA  NEIN

Welches? .....

7. Betreiben Sie Krafttraining (Hanteln, Kraftmaschinen, Gymnastik?)

- JA  NEIN

Welches? .....

8. Kennen Sie Ihre

- Ruhe-Herzfrequenz ...../min  weiß ich nicht  
 Trainingsherzfrequenz ...../min  weiß ich nicht  
 Maximale Herzfrequenz ...../min  weiß ich nicht

9. Was ist Ihr Trainingsziel?

- Wettkampfleistungen verbessern  
 aktiv bleiben  
 allgemeine Leistungsfähig verbessern  
 körperliches Training wurde für die Gesundheit empfohlen

Wir danken für Ihre Mitarbeit.

Das IPAS Team

## INFORMATIONEN ZUM UNTERSUCHUNGSABLAUF

Um Ihnen eine Vorstellung zu vermitteln, wie eine sportmedizinische Untersuchung abläuft, hier folgende Informationen:

Wenn Sie zu uns kommen, melden Sie sich bitte im Sekretariat an, geben dort das ausgefüllte Datenblatt ab und ziehen sich in unseren Umkleieräumen die Sportkleidung an.

Wenn bei Ihnen eine Blut- und Harnuntersuchung geplant ist, bekommen Sie einen Becher, um darin eine Harnprobe abgeben zu können. Daher empfiehlt es sich in diesem Fall mit gefüllter Harnblase zur Untersuchung zu kommen.

Weitere Schritte:

- VERMESSUNG von Größe und Gewicht und Bestimmung des Körperfettanteils mit einem Bioimpedanzmessgerät.
- BLUTDRUCK MESSEN mit einer Blutdruckmanschette am Oberarm
- RUHE-EKG: im Liegen. Schmerzlose, ca 5 min dauernde Untersuchung. Die an der Brust angebrachten Saugelektroden können kurzfristig kleine, harmlose rote Flecken an der Haut hinterlassen.
- LUNGENFUNKTIONSTEST: die Nase wird mit einer Klemme verschlossen. Nun wird mit aller Kraft in ein kleines Gerät geblasen (wie wenn man eine Kerze ausbläst), um Volumen der Lunge und Funktion der Atemwege zu messen.
- INTERNISTISCHE und ORTHOPÄDISCHE UNTERSUCHUNG in einem Gespräch mit dem Arzt oder Ärztin, werden Fragen zu Gesundheit und Wohlbefinden, Vorerkrankungen, Operationen, Ernährung, Medikation etc. gestellt. Als Gesprächsbasis dient das abgegebene Datenblatt, um sicherzustellen, dass nichts Wichtiges vergessen wird. Danach folgt eine Untersuchung, bei der Herz und Lunge abgehört werden, in Mund und Rachen geschaut wird, der Bauch abgetastet wird, usw. und schließlich Gelenke und Körperhaltung geprüft werden. Um alles gut beurteilen zu können, wird diese Untersuchung in Unterwäsche oder eng anliegender Sportkleidung gemacht.
- ERGOMETRIE (= Belastungstest): Die Untersuchung soll klären, wie fit Sie sind und wie Herz, Kreislauf und Blutdruck auf Belastung reagieren. Elektroden, die sich an Brust und Rücken ansaugen, überwachen die Herzaktivität. Am rechten Oberarm wird eine Blutdruckmanschette angebracht, um während Belastung den Blutdruck messen zu können. Nun beginnt das Rad fahren, mit anfangs leichter und im Lauf der Zeit immer schwerer werdender Belastung. Wichtig ist, immer gleich schnell zu treten und die Belastung so lange wie möglich auszuhalten. Sollten Beschwerden auftreten, wie Schmerzen in Brust, Arm oder Unterkiefer, besonders starke Atemnot, Schwindel, Übelkeit, etc, muss dies mitgeteilt werden. Nach Ende der Belastung werden Sie gebeten, noch einige Minuten ohne Belastung langsam weiter zu treten, damit sich Puls und Blutdruck wieder normalisieren können. Danach werden alle Geräte entfernt und Sie können duschen und wieder das Straßengewand anziehen.  
Diese Untersuchung ist risikoarm. Allerdings können die Elektroden rote Flecken, manchmal sogar kleine Bläschen, auf der Haut hinterlassen, die zwar harmlos, aber manchmal einige Tage lang sichtbar sind. Manchen Menschen wird nach der Belastung schwindlig oder schlecht, wenigen sogar schwarz vor Augen. Diese Symptome einer Kreislaufstörung bessern sich aber meist im Liegen rasch. Um dem vorzubeugen ist es vernünftig, **2 – 3 Stunden vor der Untersuchung ein leichtes Frühstück** einzunehmen. Bei Menschen mit vorbestehenden Herzerkrankungen können durch die Belastung Beschwerden oder auch Herzrhythmusstörungen ausgelöst werden, die zur Diagnose führen und auch vor Ort behandelt werden können. Lebensgefährliche Komplikationen infolge der Belastung sind äußerst selten.
- ABSCHLUSSGESPRÄCH: Arzt oder Ärztin, übergibt und erklärt den Befund.

Falls gewünscht und vorher vereinbart wird außerdem durchgeführt:

- BLUTABNAHME aus der Vene (meist Ellenbeuge).
- LAKTATBESTIMMUNG: während der Belastung wird auf jeder Stufe ein Tropfen Blut aus dem Ohr abgenommen. Damit dies gut funktioniert, wird das Ohr vorher mit einer überwärmenden Salbe eingeschmiert. Die erhobenen Daten ergeben für Trainierende wertvolle Zusatzinformationen zum Muskelstoffwechsel bei Belastung.
- SPIROERGOMETRIE: Mit Hilfe einer Gesichtsmaske wird während der Belastung die Atemluft analysiert. Daraus ergeben sich wertvolle Zusatzinformationen zu Funktion von Herz und Lunge und Stoffwechsel bei Belastung.

**UNTERSUCHUNGSTARIFE SIEHE BITTE „TARIFLISTE“**