



# UNIVERSITÄTS KLINIKUM HEIDELBERG

## Fragebogen zum kardiovaskulären Risiko



Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Alter: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischen Kontrolle empfohlen? .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament wegen Herzkrankheit oder wegen eines hohen Blutdrucks verschrieben? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Starb jemand in Ihrer Familie unerwartet und plötzlich im Alter < 50 J.? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Erlitt jemand in Ihrer Familie einen Herzinfarkt im Alter < 50 Jahre? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben die Ärzte bei Ihren Familienmitgliedern je eine angeborene Herzkrankheit oder ein Marfansyndrom festgestellt? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie oder haben Sie früher einmal Kokain oder Anabolika eingenommen oder gespritzt? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Sie ein Arzt in den letzten Jahren wettkampfunfähig erklärt? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlen Sie sich zurzeit gesund? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in den letzten 7 Tagen Fieber? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie aktuell Medikamente. ....<br>Wenn ja, welche und wofür? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Hiermit versichere ich die wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen.  
Über den Ablauf der sportlichen Aktivitäten wurde ich aufgeklärt, meine Teilnahme ist eigenverantwortlich.

Heidelberg, den \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_