

Sportmedizinisches Interview

(Version für Kinder und Jugendliche, 08.12.2023)

Vorname, Name: _____	Geburtsdatum: _____
Strasse: _____	Klasse/Beruf: _____
PLZ/Ort: _____	Tel. P: _____
Email: _____	Mobile: _____

Sportart und Disziplin: _____	
Verband/Club: _____	
Kaderstufe: _____	Swiss Olympic Card Kat.: _____
Trainer: _____	

Hausarzt*in (mit Adresse/Tel.): _____
Verbandsarzt*in (mit Adresse): _____
Physiotherapeut*in (mit Adresse/Tel.): _____

Einverständniserklärung:

Ich erteile mein Einverständnis, dass die im Rahmen der sportmedizinischen Untersuchung erhobenen Befunde und Diagnosen gemäss dem Arztgeheimnis vertraulich behandelt und abgelegt werden. **Nur mit meiner Zustimmung** werden meine Angaben durch meine*n Verbandsarzt*in oder durch meine*n Hausarzt*in einsehbar sein.

Bei wissenschaftlichen Fragestellungen zu Gunsten der Weiterentwicklung des Schweizer Sports bin ich einverstanden, dass meine Angaben und Untersuchungsergebnisse in anonymisierter Form unter Berücksichtigung der nötigen Sorgfaltmassnahmen verwendet werden dürfen.

Personen unter 18 Jahren bedürfen der schriftlichen Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreter*in.

Ort und Datum: _____

Unterschrift Athlet*in und/oder gesetzliche*r Vertreter*in:

1. Familie

- a. Sind Deine Eltern und Geschwister gesund? ja nein
Wenn nein, woran leiden Sie?

- b. Leidet oder litt in Deiner Familie (nahe Verwandte) jemand an einer der nachfolgend erwähnten Krankheiten?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> Bluterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Lungenkrankheiten | <input type="checkbox"/> psychische Krankheiten | <input type="checkbox"/> andere Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Osteoporose | |

Wenn ja, bitte erläutern:

- c. Hast Du Geschwister und betreiben diese auch eine Sportart?
Geschwister (Jahrgang, Geschlecht, Sportart):

- d. Wie gross sind Deine Eltern?

Vater ____ cm

Mutter ____ cm

2. Risikobeurteilung Herz/Kreislauf

- a. Wann wurde bei Dir die letzte ärztliche Kontrolle (körperliche Untersuchung mit Blutdruckmessung) durchgeführt?

- b. Wurde bei Dir in den letzten 2 Jahren bzw. jemals eine Herzstromkurve (EKG) abgeleitet?

ja nein

- c. Haben Deine Eltern/Ärzte Dir gegenüber je von einem Herzgeräusch/Herzfehler gesprochen?

ja nein

- d. Hattest Du in den letzten 2 Jahren Brustschmerzen oder warst Du bewusstlos?

ja nein

- e. Hattest Du öfters mal in Ruhe oder bei Anstrengung Husten, Atemnot, Engegefühl oder Druckgefühl in der Brust oder im Bauchbereich?

ja nein

- f. Hat Dich ein*e Ärzt*in in den letzten Jahren für wettkampunfähig erklärt oder ist Dir ein weiterer Grund bekannt, weshalb Du nicht leistungsorientiert Sport treiben könntest?

ja nein

- g. Hast Du jemals Medikamente gegen ‚Herzprobleme‘ oder wegen eines hohen Blutdruckes bekommen?

ja nein

- h. Ist jemand in Deiner Familie (Eltern, Grosseltern, Geschwister) plötzlich vor dem 50. Lebensjahr verstorben und/oder leiden Mitglieder (jünger als 65 Jahre) Deiner Familie an koronarer Herzkrankheit, Angina pectoris oder musste bei ihnen ein Herzeingriff vorgenommen werden?

ja nein

Erläuterungen zu den Fragen 2a.-2h., falls eine der Fragen mit "ja" beantwortet wurde:

3. Eigene Person

- a. Hast Du oder hattest Du früher **Krankheiten**, Operationen oder Beschwerden mit:

ja	nein		was	wann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herz/Kreislauf	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma bronchiale	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magen/Darm	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber (Gelbsucht)	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nieren/Blase	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zähne	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hals/Rachen	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ohren	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stirn-/Kieferhöhlen	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehirnerschütterung	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nervensystem	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsie	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zuckerkrankheit	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heuschnupfen	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medikamentenunverträglichkeit	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes	_____	_____

Welche Beschwerden sind noch aktuell?

Sind diese Beschwerden oder ist diese Krankheit momentan

unverändert gebessert geheilt

Musstest du deswegen eine*n Ärzt*in konsultieren?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des*der Ärzt*in:

b. Hast Du zurzeit oder hattest Du Verletzungen/Beschwerden/Operationen am **Bewegungsapparat**?

ja	nein		re	li	was	wann
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ellbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Achillessehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fuss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Welche Beschwerden sind noch aktuell?

Diese Verletzung ist momentan

unverändert gebessert geheilt

Musstest Du deswegen den*die Ärzt*in konsultieren?

ja nein

Wenn ja, Name und Adresse des*der Ärzt*in:

c. Benötigst Du regelmässig Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

d. Hast Du für spezielle Medikamente, die allenfalls eine ATZ (Ausnahmebewilligung für therapeutische Zwecke) oder eine TUE (Therapeutic Use Exemption) benötigen könnten?

ja nein

Beispiele dafür sind Ritalin®, Concerta® oder ähnliche; Bricanyl®, Cortison-haltige Medikamente (Bsp Prednison, Betnesol®); Hormone (Insulin, Wachstumshormone oder Hormone zur Wachstumshemmung wie Testosteron oder Östrogene)

Wenn ja, welche? _____

e. Wann fand die letzte zahnärztliche Kontrolle statt?

>1 Jahr <1 Jahr

f. Bist Du gemäss regulärem Impfplan geimpft?

ja nein

Wenn nein, kurz erläutern?

Bitte Kopie vom Impfausweis mitnehmen.

4. Wohlbefinden/Schlaf/emotionale Belastung

a. Wie viele Stunden schläfst Du pro Nacht?

_____ Stunden

b. Hast Du Mühe, ein- oder durchzuschlafen?

ja nein

c. Wohlbefinden: Die folgenden Aussagen betreffen Dein Wohlbefinden *in den letzten zwei Wochen*.

Bitte markiere bei jeder Aussage die Rubrik, die Deiner Meinung nach am besten beschreibt, wie Du Dich in den letzten zwei Wochen gefühlt hast.

In den letzten 2 Wochen...	Die ganze Zeit	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt	Punkte
...war ich froh und guter Laune	5	4	3	2	1	0	
...habe ich mich ruhig und entspannt gefühlt	5	4	3	2	1	0	
...habe ich mich energisch und aktiv gefühlt	5	4	3	2	1	0	
...habe ich mich beim Aufwachen frisch und ausgeruht gefühlt.	5	4	3	2	1	0	
...war mein Alltag voller Dinge, die mich interessieren.	5	4	3	2	1	0	
						Total:	

d. Schaffst Du es, Schule, Sport und Freizeit zeitlich unter einen Hut zu bringen?

ja nein

e. Bist Du zufrieden?

ja nein

f. Sportler*innen erleben, ebenso wie andere Kinder und Jugendliche, manchmal Dinge, die belastend sein können oder dazu führen, dass sie sich sehr unwohl oder schlecht fühlen. Dies kann innerhalb des Sports oder ausserhalb des Sports vorkommen. Im Folgenden stellen wir Dir einige Fragen zu solchen möglichen Erfahrungen.

1. Hat Dich eine erwachsene Person jemals fest geschlagen, getreten, gekniffen oder geohrfeigt?

ja nein

wenn ja, im Rahmen meiner sportlichen Tätigkeit ausserhalb meiner sportlichen Tätigkeit

2. Wurdest Du wiederholt beschimpft oder angeschrien oder wurden Dir verletzende/erniedrigende Dinge gesagt (z.B., dass Du «dick», «faul» oder «dumm» bist)?

ja nein

wenn ja, im Rahmen meiner sportlichen Tätigkeit ausserhalb meiner sportlichen Tätigkeit

3. Wurdest Du wiederholt heftig bestraft oder unfair behandelt (von erwachsenen Personen oder Gleichaltrigen/Trainingskollegen)?

ja nein

wenn ja, im Rahmen meiner sportlichen Tätigkeit ausserhalb meiner sportlichen Tätigkeit

4. Glaubst du, dass die Techniken/Methoden/Trainingszeiten, die von dir verlangt werden, manchmal unangemessen oder gesundheitsschädigend sind?

ja nein

5. Hast Du belästigende und anzügliche sexuelle Bemerkungen über Dich und Deinen Körper anhören müssen?

ja nein

wenn ja, im Rahmen meiner sportlichen Tätigkeit ausserhalb meiner sportlichen Tätigkeit

6. Hat jemand Deinen Körper oder deine Geschlechtsorgane auf eine Weise berührt, die sich für Dich nicht richtig oder unangemessen anfühlte oder Dich sexuell bedrängt?

ja nein

wenn ja, im Rahmen meiner sportlichen Tätigkeit ausserhalb meiner sportlichen Tätigkeit

Falls Du irgendwo ja angekreuzt hast, hast Du bereits mit jemandem darüber geredet?

ja nein

Brauchst Du diesbezüglich noch zusätzliche Unterstützung? (**Diskretion wird neu besprochen und respektiert**)

ja nein

5. Gewicht, Essen, Zusatznahrung, Supplemente, Suchtmittel

a. Hast Du in den letzten Monaten gezielt Gewicht verloren oder zugenommen (abgesehen von den im Wachstum normalen Gewichtsveränderungen)?

ja nein

Wenn ja, warum? _____

b. Kontrollierst du Dein Gewicht regelmässig?

ja nein

c. Stehst Du unter einer Diät (z.B. laktosefrei, glutenfrei, intermitt. Fasten etc.)?

ja nein

Wenn ja, welche und warum? Evtl. Diätplan mitbringen. _____

d. Ernährst Du Dich spezifisch z.B. fleischlos, vegetarisch, vegan, etc.?

ja nein

Wenn ja, welche spezifische Ernährung und seit wann? _____

e. Nimmst Du Zusatznahrung (Kohlenhydrate, Eiweisse etc.)?

ja nein

Wenn ja, was, wieviel, wann? _____

f. Nimmst Du Supplemente (Vitamine, Magnesium, Kreatin, Carnitin etc.)?

ja nein

Wenn ja, was, wieviel, wann? _____

g. Trinkst Du regelmässig Alkohol?

ja nein

Wenn ja, was, wieviel, wann? _____

h. Rauchst Du oder konsumierst Du andere nikotinhaltige Substanzen wie z.B. Snus (Tabak unter der Oberlippe), Puff, Vape, Iqos?»

ja nein

Wenn ja, was und wieviel? _____

i. Hast Du oder hast Du früher mal Suchtmittel (z.B. THC, Kokain) oder leistungssteigernde Medikamente eingenommen oder gespritzt (z.B. Anabolika)?

ja nein

Wenn ja, was und wieviel? _____

6. Sport/Training

- a. Wie sieht Dein Training derzeit aus?
Beispiel einer durchschnittlichen Trainingswoche:
- Anzahl Stunden
- Ruhetag(e), falls vorhanden

Zusätzlich kannst Du jeder Trainingseinheit Details zur Trainingsform zufügen (sportartspezifisches oder anderes Training, wie Kraft, Regeneration, mental etc.)

	Montag		Dienstag		Mittwoch		Donnerstag		Freitag		Samstag		Sonntag		Total
	(h)	Trainings- form	(h)	Trainings- form	(h)	Trainings- form	(h)	Trainings- form	(h)	Trainings- form	(h)	Trainings- form	(h)	Trainings- form	(h)
Vmittag															
Mittag															
Nmittag															
Abend															
Total															

- b. Führst Du ein Trainingstagebuch?
 ja nein
- c. Wie steuerst Du die Trainingsintensität (Herzfrequenz, Laktat, subjektives Empfinden, Wattmessung usw.)?

- d. Hast du während des Jahres und/oder im Sommer Pausen?
 ja nein
Wenn ja, wie lange dauert die/die Pause(n) _____
- e. Wie hat sich deine Leistungskurve in der letzten Saison entwickelt?
 ansteigend gleichbleibend abfallend wechselnd

7. Erholung, Psyche

- a. Wie oft führst Du erholungsfördernde Massnahmen durch?
 Massage _____ Sauna _____
 Bäder _____ anderes _____
- b. Führst Du regelmässig Stretching durch?
 ja nein
- c. Führst Du regelmässig Faszeintraining durch (z.B. Black Roll)?
 ja nein
- d. Hast Du schon psychologische Trainingsverfahren (z.B. autogenes Training, Hypnose, Visualisation) durchgeführt?
 ja nein
Wenn ja, welche? _____

8. Eigenbeurteilung

- a. Nun geht es um Deine allgemeine Lebenszufriedenheit. Wie zufrieden bist Du gegenwärtig alles in allem mit Deinem Leben?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fühlst Du dich zurzeit voll einsatz- und leistungsfähig?

ja nein

Falls nein, wieso nicht?

9. Fragen ?

Folgende Punkte möchte ich noch besprechen: