

Checkliste Testperson

Name: _____ Testdatum: _____

Geburtsdatum: _____ Sportart, Kader: _____

Grösse: _____ Gewicht: _____

Trainingphase: Aufbau Vorwettkampf Wettkampf Reha

Normaler Trainingsumfang (h/W): _____ Trainingsfrequenz (Einheit/W): _____

Art: _____ Dauer: _____ Intensität: _____

Heute: _____

Gestern: _____

Vorgestern: _____

Dominante Seite für Krafttests

Sprungbein: L R Schussarm: L R Spielhand/Wurfarm: L R

Ernährung: normal Spez. Diätmassnahmen:

Letzte Mahlzeit, Was: _____ Wann: _____

Koffein / Alkohol (letzte 12 h): _____ Supplemente: _____

Gesundheit:

Krankheit (letzte 14 Tage): _____

Regelmässige Medikamente: _____

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten «etwas am Herzen» und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen? Ja Nein

Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein

Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein

Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben das Bewusstsein verloren? Ja Nein

Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten? Ja Nein

Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben? Ja Nein

Kennen Sie einen Grund, warum Sie heute keinen maximalen Leistungstest machen sollten? Ja Nein

Wurde in den letzten 1-2 Jahren ein EKG durchgeführt und war das Ergebnis unauffällig? Ja Nein

Verletzungen letzte 6 Monate: _____

Beschwerden am Testtag: _____

Allg. Befindlichkeit: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Testmotivation: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Ich habe diesen Fragebogen wahrheitsgemäss ausgefüllt. Unterschrift: _____