



Medizinischer Fragebogen

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Versicherung / Nr.:
Notfallkontakt:

Hattest Du in den letzten 10 Jahren Operationen?

JA NEIN

Have you had any operations in the last 10 years?

Wenn ja , welche und wann:

Nimmst Du regelmässig Medikamente ein?

JA NEIN

Do you take medication regularly?

Wenn ja, welche:

Hast Du bekannte Allergien?

JA NEIN

Do you have any known allergies?

Wenn ja, welche:

Bekannte Vorerkrankungen

JA NEIN

Other known previous illnesses?

Wenn ja, welche:

Hattest Du früher Gehirnerschüttungen?

JA NEIN

Have you had a concussion before?

Wenn ja, wann:

Hattest Du vermehrt Muskelverletzungen in den letzten Jahren?

JA NEIN

Have you had more muscle injuries in recent years?

Wenn ja, wann:

Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen?

JA NEIN

Have you recently taken a break from sports for more than 2 weeks?

Wenn ja, wann:

Hattest Du in den letzten Jahren Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport?

JA NEIN

Have you experienced fainting or dizziness during sports in the last few years?

Wenn ja, wann:

Hattest Du in den letzten Jahren Herzstolpern beim und nach dem Sport?

JA NEIN

Have you had heart palpitations during and after exercises in the last few years?

Wenn ja, wann:

Hattest Du in den letzten Jahren ungewöhnliche Luftnot beim Sport?

JA NEIN

Have you had unusual shortness of breath during sports in the last few years?

Wenn ja, wann:

Ich wurde zuletzt gegen Tetanus geimpft am: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und entbinde ausdrücklich das medizinische Personal (Ärzte, Physiotherapeuten, etc.) von Ihrer Schweigepflicht gegenüber Coaches und Teammanagement sowie anderen medizinischen Fachkräften.

Ort / Datum / Unterschrift