

## 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 Gehirnerschütterungen?**

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