

## Fragebogen Leistungsdiagnostik

Dieser Fragebogen sollte vor der Testdurchführung komplett ausgefüllt werden.

Name: .....

Grösse [cm]: .....

Vorname: .....

Gewicht [kg]: .....

Alter (in Jahren): .....

Geschlecht:  Frau  Mann  Divers

### 1. Beurteilung der Bereitschaft zur körperlichen Aktivität (Par-Q; Physical Activity Readiness Questionnaire)

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

ja  nein

2. Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?

ja  nein

3. Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?

ja  nein

4. Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?

ja  nein

5. Haben Sie ein Knochen-, Muskel- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnte?

ja  nein

6. Hat Ihnen ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck, gegen hohe Fettwerte oder für ein Herzproblem verschrieben?

ja  nein

7. Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rates ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben?

ja  nein

Nehmen Sie bitte vor Ihrem Leistungstest mit uns Kontakt auf, wenn Sie eine dieser Fragen mit «ja» beantworten.

Bitte wenden

## 2. Welche Ziele verfolgen Sie mit der Durchführung eines Leistungstests?

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

## 3. Fragen zur sportlichen Aktivität

Schreiben Sie bitte auf, wie oft Sie in der Woche Sport treiben und wie viele Stunden das insgesamt ergibt. Es handelt sich dabei um Sportarten, die Sie regelmässig jede Woche in den letzten Monaten ausübten (z.B. Walking, Joggen, Langlauf, Radfahren u.s.w., bitte in der ersten Spalte eintragen). Falls Sie mit Pulsmesser trainieren, geben Sie bitte den Pulsbereich an.

..... Trainings/Woche: ..... Std./Woche: ..... Puls: ..... seit: .....

..... Trainings/Woche: ..... Std./Woche: ..... Puls: ..... seit: .....

..... Trainings/Woche: ..... Std./Woche: ..... Puls: ..... seit: .....

..... Trainings/Woche: ..... Std./Woche: ..... Puls: ..... seit: .....

..... Trainings/Woche: ..... Std./Woche: ..... Puls: ..... seit: .....

Bitte schätzen Sie Ihren momentanen Fitnesszustand ein:

- gut trainiert       normal trainiert       untrainiert

## 4. Umfrage

Wie wurden Sie auf die Leistungsdiagnostik in der Schulthess-Klinik aufmerksam?

.....

.....

.....

Ich bestätige hiermit, dass ich den Fragebogen gelesen, alles verstanden und die Antworten wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Ort und Datum:

Unterschrift:

---