

Gesundheitsfragebogen vor Durchführung eines Conconi-Tests:

Haben Sie eine Herzerkrankung (Herzinfarkt, Angina Pectoris, Herzschrittmacher)?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzfehler und/oder eine Herzschwäche?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tritt bei Ihnen immer wieder einmal ein Herzstechen in der linken Brust auf?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Atemnot in Ruhe oder bei normalen Alltagsbelastungen (Treppensteigen)?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 2 Wochen eine fieberhafte Erkrankung?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie momentan unter einer akuten Infektion (Fieber, Grippe, Rachen, Nasennebenhöhlen ...)?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Blutdruck über 180/115 mm Hg?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie über 35 und NICHT sporttreibend?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein (z.B Beta-Blocker)?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Schwindel und/oder häufigen Kopfschmerzen?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist eine Asthma-Erkrankung bekannt?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung (z.B Überfunktion)?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine Zuckerkrankheit (Diabetes) vor?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Liegt eine Schwangerschaft vor?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bin unterrichtet, dass ich keinen Conconi-Test durchführen darf, wenn ich eine der oben stehenden Fragen mit ja beantwortet habe. In diesem Fall liegt ein Gesundheitsrisiko bei der Durchführung von Belastungstests vor. Bevor ich zu einem Test zugelassen werde, muss ich mich von einem Arzt untersuchen lassen und dem Trainer ein ärztliches Gesundheitsattest vorlegen.

Ort und Datum: _____

Unterschrift: _____