

Checkliste Testperson inkl. PAR-Q

Name: _____ Testdatum, -zeit: _____

Geburtsdatum: _____ Sportart, Kader: _____

Grösse: _____ Gewicht: _____

TRAINING Phase: Aufbau Vorwettkampf Wettkampf Reha

normaler Trainingsumfang (h / W): _____ Trainingsfrequenz (Einheiten / W): _____

Art Dauer Intensität

Heute: _____

Gestern: _____

Vorgestern: _____

Dominante Seite für Krafttests Sprungbein: L R Schussbein: L R Wurfarm / Spielhand: L R

ERNÄHRUNG normal Spez. Diätmassnahmen: _____

letzte Mahlzeit Wann: _____ Was: _____

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

GESUNDHEIT Krankheit (letzte 14 T): _____ Regelm. 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 Sie schon jemals 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 irgendeinen weiteren 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

WEITERE EINFLUSSFAKTOREN (Schlaf, Reisen, Höhengenaufenthalt, Hitzeexposition usw.)

Ich habe diesen Fragebogen wahrheitsgemäss ausgefüllt. Unterschrift: _____