

# 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: \_\_\_\_\_