

Vereinbarung zur Leistungsdiagnostischen Untersuchung

ADMEDIA Reha GmbH
Planitzwiese 17
09130 Chemnitz
Telefon: 0371/4003-1 00
Telefax: 0371/4003-1 01

Bitte wählen Sie zunächst eines unserer Angebotspakete aus den Bereichen Leistungsdiagnostik/
Kraftdiagnostik:

Leistungsdiagnostik

1. Paket – Stufentest

- Stufentest (Laktatmessungen) einschließlich EKG-Aufzeichnung
Dauer: 1 Stunde
Kosten: 95,00 €

2. Paket – erweiterter Stufentest

- Aufzeichnung eines Ruhe-EKG
 • orientierend echokardiografischer Check durch Kardiologen (Herz-Ultraschall)
 • Stufentest (Laktatmessungen) einschließlich EKG-Aufzeichnung
Dauer: ca. 1,5 Stunden
Kosten: 150,00 €

3. Kraftdiagnostik

- Muskelfunktionstest
 • Krafttest mit Cybex
Dauer: 45 Minuten
Kosten: 67,00 €

Zur Gewährleistung einer optimalen Betreuung benötigen wir einige Angaben zu Ihrer Person, die selbstverständlich vertraulich behandelt werden.

Name, Vorname
Straße, Nr.
PLZ, Ort
Email
Telefon
Telefon (mobil)
Telefax
Geburtsdatum
Größe
Gewicht
BMI

Letzte Leistungsdiagnostische Untersuchung war am:

Folgende Fragen sind nur bei der Durchführung des Stufentests oder des erweiterten Stufentests zu beantworten!

Sportarten/Trainingscharakteristik

Hauptsportart:.....

seit:.....

Trainingsstunden pro Woche (im Durchschnitt):

Trainingseinheiten pro Woche (im Durchschnitt):

aktueller Leistungsstand (z. B. Wettkampfzeiten, Spielklasse, etc.):.....

.....

andere Sportarten (seit wann? Umfang?):.....

.....

.....

Tragen Sie bitte in die unten stehende Tabelle eine typische Belastungswoche des letzten Monats ein:

Tag	Inhalt	Umfang (Strecke, Zeit,...)	Intensität (Geschwindigkeit, Watt,...)	Anzahl	Sonstiges (Besonderheiten)
Mo					
Di					
Mi					
Do					
Fr					
Sa					
So					

Bevorzugte Trainingstage (bitte Ankreuzen)!

Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
----	----	----	----	----	----	----

Weitere Fragen zum bisherigen Training:

Wie nehmen Sie eine Trainingssteuerung vor? (z. B. Herzfrequenz und wie?,...)

.....

Nehmen Sie an Wettkämpfen teil?

.....

Wie schätzen Sie ihr bisheriges Training ein?

.....

Was erwarten Sie von einem Leistungstest?

.....

Sport-/Trainingsziele

Welche Ziele haben Sie im Training oder im Sport allgemein? (z. B. Verbesserung der Gesundheit, Verbesserung der Fitness, Verbesserung der Marathonzeit, ...)

.....

.....

.....

Gibt es einen Saisonhöhepunkt und wenn ja, wann?

.....

Gesundheitszustand

Um mögliche Risiken und Gefahren beim Test und Sport beurteilen zu können, benötigen wir weitere Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand.

	Ja	Nein
1. Ist Ihnen eine Herzkrankheit bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leiden Angehörige Ihrer Familie an koronarer Herzkrankheit, Angina pectoris oder musste ein Eingriff am Herzen vorgenommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Starb jemand in Ihrer Familie vor dem 50. Lebensjahr an Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ist jemals ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hatten Sie jemals Schmerzen in der Brust, Engegefühl oder Atemnot in Ruhe oder Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hatten Sie jemals unerklärlichen Schwindel oder Bewusstlosigkeit beim Sport?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie erhöhten Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ist Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bestehen bei Ihnen sog. Risikofaktoren?		
a. Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Übergewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Fettstoffwechselstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Haben sie Knochen- und Gelenkprobleme in Ruhe oder unter Belastung? (wenn ja, wo?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt? (wenn ja, welche?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

aktuelle Form/Gesundheitszustand

	Ja	Nein
1. Ich bin im Moment körperlich voll belastbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich war die letzten 3 Wochen nicht krank (v. a. Infektionskrankheiten).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich habe 1 Tag vor dem Test nicht übermäßig hart trainiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ich habe vor dem Test genügend Flüssigkeit und Energie zu mir genommen. Was?

5. Ich habe derzeit keine Verletzungsprobleme.

Persönliche Erklärung

(ist bei Leistungsdiagnostik und Muskelfunktionstest auszufüllen!)

Mit der Durchführung eines Leistungstests bin ich einverstanden. Es wird ein Test mit ansteigender Belastung bis an die submaximale/maximale Leistungsfähigkeit vorgenommen. Dazu ist die absolute körperliche Gesundheit unabdingbare Voraussetzung.

Ich leide bzw. litt an keiner Herz-Kreislaufkrankung (z. B. Arteriosklerose, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herz(klappen)fehler, Herzmuskelentzündung, etc.) oder einer Erkrankung der Atemwege (z. B. Bronchitis).

Über die zum Test (nur bei Stufentest/erweiterter Stufentest) notwendigen Blutabnahmen bin ich informiert. Ich leide unter keiner Blutgerinnungsstörung. Ich habe keine sonstigen Erkrankungen, die eine sportliche maximale Ausbelastung einschränkt und in den letzten drei Wochen keine akut fiebrige Erkrankung.

Ich nehme auf eigene Verantwortung an dem Test teil, womit jegliche Haftung anderer ausgeschlossen ist.

Mit der Erfassung meiner Daten mittels elektronischer Datenerfassungssysteme und Auswertung bzw. Nutzung zu Forschungszwecken bin ich einverstanden (nicht zutreffendes bitte streichen).

(bei Bedarf ankreuzen)

Die persönlichen Daten und die medizinische Auswertung werden

(Trainer, Verein ...)

zur Verfügung gestellt. Damit erkläre ich mich einverstanden.

(Alle Angaben erfolgten nach bestem Wissen und Gewissen.)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

bei Minderjährigen:

.....
Unterschrift Erziehungsberechtigter

Seite 6 von 6

nur vom Personal auszufüllen

Notizen zum Fragebogen durch Dipl.-SportlehrerIn/Dipl.-SportwissenschaftlerIn

.....
.....
.....
.....
.....

Notizen vom Arzt

.....
.....
.....

Test durchführbar: Ja Nein

Unterschrift: