

Fragebogen Laktat-Leistungstest

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Körpergrösse:

Gewicht:

Sie werden beim Laktatstufentest bis an Ihr persönliches Leistungslimit belastet. Dieser Fragebogen dient der Abschätzung, ob Sie ohne vorherige ärztliche Kontrolle einen solchen Ausdauer-Belastungstest absolvieren können, da ein Arzt nicht vor Ort sein wird.

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen nach besten Wissen und Gewissen und mit etwas „gesundem Menschenverstand“. Bitte lassen Sie uns den ausgefüllten Fragebogen mindestens 3 Tage vor Ihrem Leistungstest zu kommen. Wir behalten uns das Recht vor, den Leistungstest bei Bedenken nicht durchzuführen.

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen? ja nein
2. Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? ja nein
3. Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? ja nein
4. Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt? Oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein unter körperlicher Belastung verloren? ja nein
5. Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, welche sich unter körperlicher Belastung verschlechtern können? ja nein
6. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemprobleme verschrieben? ja nein
7. Haben Sie sonstige Krankheiten (Herzkreislauf, Stoffwechsel, Blut, Lunge)? Wenn ja, welche? ja nein
8. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ja nein
9. Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich/sportlich aktiv sein sollten? Wenn ja, welcher? ja nein

Falls Sie eine oder mehrere Fragen mit JA beantwortet haben, behalten wir uns vor, Sie zu kontaktieren und/oder den Leistungstest gegebenenfalls nicht durchzuführen.

Fragen zur sportlichen Aktivität

Bitte geben Sie uns einige Informationen zu Ihrem sportlichen Hintergrund

Sportart		Seit (Jahr)	Zeit pro Woche in Stunden	Umfang pro Woche in km
	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			
	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			
	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig			

Bitte schätzen Sie Ihren momentanen Fitnessstand ein:

- Gut trainiert
 normal trainiert
 untrainiert

Bitte geben Sie Ihre Bestleistungen, zur Abschätzung der Belastungszonen ein

Sportart	Leistung (z.B. Zeit über 10km, HM, Marathon)	Jahr

Bitte geben Sie uns noch einige Informationen zu Ihren Ernährungsgewohnheiten

1. Halten Sie momentan Diät (Atkinson, Low-Carb, ...)? ja nein
 Wenn ja, welche?

2. Nehmen Sie regelmässig Supplemente (Vitaminpräparate, Shakes, etc.)? ja nein
 Wenn ja, welche?

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

Ort und Datum:

Unterschrift: