

# Sind Sie gesund für den Sport?

## Fragebogen zum Gesundheitszustand vor Aufnahme von körperlicher Aktivität und Sport

PAR-Q, empfohlen von der American Heart Association und dem American College of Sports Medicine 2000 (Übersetzung nach MARTI)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Beantworten Sie bitte die untenstehenden 7 Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit ehrlich und nach bestem Wissen!

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. <i>Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?</i>                                 | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 2. <i>Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?</i>   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 3. <i>Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?</i>  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 4. <i>Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?</i>   | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 5. <i>Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnte?</i>  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 6. <i>Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?</i>  | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| 7. <i>Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben?</i> | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Grund: \_\_\_\_\_



**FALLS SIE EINE ODER MEHRERE FRAGEN MIT JA BEANTWORTET HABEN, MÜSSEN SIE IHREN ARZT VOR DER AUFNAHME EINER SPORTLICHEN AKTIVITÄT AUFSUCHEN UND SICH UNTERSUCHEN UND BERATEN LASSEN!**

Ich habe alle obigen Fragen gelesen, verstanden und beantwortet und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Sinn dieser Befragung verstanden habe:

Ort, Datum: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_