

Sportmedizinischer Fragebogen für Eiskunstläufer:innen (12–18 Jahre) Figure skating Pre-Participation Examination (ages 12 – 18)

Hinweis: Für alle Fragen, bei denen zusätzliche Angaben möglich sind, müssen diese am Ende des Formulars gemacht werden

Note: For all questions where additional details can be provided, these must be entered at the end of the form.

A. Persönliche Angaben | *Personal details*

Vorname, Nachname/*First name, Familyname*: _____

Geburtsdatum / *Date of birth*: _____

Seit wie vielen Jahren trainierst du Eiskunstlauf? / *How many years have you been figureskating?*

Aktuelles Trainingspensum (Std./Woche) / *Current training load (hours/week)*: _____

B. Familienanamnese | *Family History*

	Nein /No	Vater/ father	Mutter/ Mother	Geschwister /sibling	Andere /other
Plötzlicher Herztod/Sudden cardiac death					
Plötzlicher Kindtod/Sudden infant death					
Koronare Herzerkrankung, Herzinfarkt/ Coronary heart disease, Myocardinfarction					
Bluthochdruck/Art. hypertension					
Wiederholende Ohnmacht/Recurrent syncope					
Arritmie/Arrhythmia					
Herzklappenfehler/ Heart valve defect					
Herzchirurgie/Heart surgery					
Pacemaker/defibrillator					
Marfan syndrome					
Insult/Stroke					
Diabetes/Diabetes					
Asthma / Atemwegserkrankungen / Respiratory disease					
Epilepsie / Epilepsy					
Schilddrüsenunterfunktion					
Schilddrüsenüberfunktion					
Andere relevante Erkrankungen / Other relevant conditions					

C. Allgemeine medizinische Anamnese | *General medical history*

Hattest oder hast du eine chronische Erkrankung? / *Do you have or have you had a chronic medical condition?* Ja/Yes Nein/No

Wurdest du jemals operiert oder im Krankenhaus behandelt? / *Have you ever had surgery or been hospitalized?* Ja/Yes Nein/No

Wurde bei dir jemals ein Mangel an Eisen, Vitaminen oder Mineralstoffen festgestellt? / *Have you ever been diagnosed with a deficiency in iron, vitamins, or minerals?*

Ja/Yes Nein/No

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? / *Do you take any regular medication?*

Ja/Yes Nein/No

Nimmst du regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? / *Do you take any regular supplements?*

Ja/Yes Nein/No

Hast du Allergien (z. B. Medikamente, Nahrungsmittel, Umwelt, ...)? / *Do you have any allergies (e.g. medication, food, environment, ...)?* Ja/Yes Nein/No

Gab es jemals ärztliche Einschränkungen für Sport? / *Have you ever been medically restricted from sports?* Ja/Yes Nein/No

Wurdest du nach dem österreichischen Impfplan geimpft? / *Have you been vaccinated according to austrian schedule?* Ja/Yes Nein/No

Siehst du gut? / *Do you see well?* Ja/Yes Nein/No

Trägst du Brille und/oder Kontaktlinsen? Brille Kontaktlinsen Keine

Do you wear glasses and/or contact lenses? Glasses Contact lenses None

Hast du regelmäßig Kopfschmerzen? / *Do you have regular headaches?* Ja/Yes Nein/No

D. Herz, Kreislauf, Atmung | *Cardio-respiratory system*

Hattest du jemals Brustschmerzen, Herzstolpern oder Luftnot bei Belastung? / *Have you ever experienced chest pain, palpitations or shortness of breath during exercise?*

Ja/Yes Nein/No

Bist du jemals beim Sport ohnmächtig geworden oder fast kollabiert? / *Have you ever fainted or nearly fainted during exercise?*

Ja/Yes Nein/No

E. Verletzungen & Beschwerden | *Injuries & Pain*

Verletzungen: Bitte **am Ende** des Formulars **alle** bisherigen Verletzungen auflisten: Art der Verletzung, betroffenes Körperteil, Seite, und ob Gips, Schiene oder andere Immobilisation getragen

wurde. Auch Gehirnerschütterungen bitte angeben/**Injuries:** *Please list **all** previous injuries **at the end of the form:** type of injury, affected body part, side, and whether a cast, brace, or other immobilization was used. Include any concussions.*

Hattest du in den letzten 12 Monaten Verletzungen oder Schmerzen, die dein Training eingeschränkt haben? / *Have you had any injuries or pain in the last 12 months that limited your training?*

Ja/Yes Nein/No

Wenn ja, dann die folgende Tabelle ausfüllen/*If yes, then fill out the following table.*

Hast du derzeit Schmerzen oder Beschwerden im Training? / *Do you currently have pain or symptoms while training?*

Ja/Yes Nein/No

Wenn ja, dann die folgende Tabelle ausfüllen/*If yes, then fill out the following table.*

Bitte am Ende des Formulars zusätzlich angeben: *Seit wann? Belastung oder Ruhe? Einseitig oder beidseitig?* / *Please also specify **at the end of the form:** Since when? During activity or at rest? One-sided or both sides?*

Region / Region	Aktuell / Current	Kürzlich / Recent
Fuß / Foot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprunggelenk / Ankle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achillessehne / Achilles tendon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie / Knee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte, Leiste / Hip, groin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterer Rücken / Lower back	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oberer Rücken / Upper back	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken, Schulter / Neck, shoulder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Menstruation (nur für Mädchen) | *Menstrual history (girls only)*

Hattest du bereits deine erste Menstruation? / Have you had your first menstrual period (menarche)? Ja/Yes -> in welchem Alter/at what age? _____ Nein/No

Ist deine Menstruation aktuell regelmäßig? / Is your menstrual cycle currently regular?

Ja/Yes Nein/No

Gab es jemals ≥ 3 Monate ohne Menstruation? / Have you ever missed your period for 3 or more consecutive months? Ja/Yes Nein/No

G. Selbsteinschätzung | Self-assessment

Kannst du aktuell schmerzfrei trainieren? / *Are you currently able to train without pain?*

Ja/Yes

Nein/No

Hier können Sie zu allen vorherigen Fragen ergänzende Angaben machen (siehe Hinweis zu Beginn des Formulars). Falls nicht genug Platz vorhanden ist, fügen Sie bitte ein zusätzliches Blatt bei.

Here you can provide additional details for any of the previous questions (see the note at the beginning of the form). If there is not enough space, please attach an additional sheet.

Ort und Datum/*Place and date* _____
Unterschrift des/der Eiskunstläufer:in/ *Signature of the figure skater*

Bei Minderjährigen, Unterschrift des Erziehungsberechtigten/
For minors, signature of the legal guardian: _____