

Vorname _____	Nachname _____	HAS ID _____
---------------	----------------	--------------

Datum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Geburtstag	Alter _____ (Jahre) <input type="checkbox"/> nicht sicher
Event	<input type="checkbox"/> Athlet <input type="checkbox"/> Unified Partner <input type="checkbox"/> wettbewerbsfreies Angebot	<input type="checkbox"/> Besucher <input type="checkbox"/> Trainer	Sportart
Delegation (Ausland)			

BMI

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

_____ BMI

_____ BMI Percentile (unter 20 Jahre)

 BMI Empfehlung im Follow-Up**Blutdruck**

linker Arm _____ / _____ mmHg

 Blutdruck Empfehlung im Follow-Up

rechter Arm _____ / _____ mmHg

Wird der Blutdruck derzeit medikamentös behandelt? Ja Nein

(Angabe wird nicht in der Dateneingabe erfasst)

Ernährung – Trink- und Ernährungsgewohnheiten**Was trinkst Du, wenn Du Durst hast?** Wasser Sportgetränke Fruchtsaft Milchgetränke (einschließlich Soja-Milch) Softdrinks ohne Zucker mit Zucker Energy-Drinks Andere: _____

Kalziumhaltige Lebensmittel <input type="checkbox"/> weniger als eine Portion pro Tag <input type="checkbox"/> 1-2 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> 3-5 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> mehr als 5 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> nie	Gesüßte Getränke <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> nie
Obst und Gemüse <input type="checkbox"/> weniger als eine Portion pro Tag <input type="checkbox"/> 1-2 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> 3-5 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> mehr als 5 Portionen pro Tag <input type="checkbox"/> nie	Süßigkeiten <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> nie
Fast Food <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> nie	

Körperliche Aktivität

Wie viele Tage pro Woche trainierst du für mindestens 30 Min?

keinen Tag 1-2 Tage 3-6 Tage Jeden Tag

Übst du neben dem SO Training auch noch anderen Sport aus? Ja Nein

Wenn ja, was machst du?

Training mit Gewichten Laufen/Joggen Gehen Tanzen Sportliche Aktivitäten

Übungsvideos Andere:

Wenn nein, warum nicht?

kein Interesse

kein Geld

Ich weiß nicht wie

körperlich nicht möglich

keine Transportmöglichkeit

keinen Trainingspartner

kein verfügbares Fitnessstudio

keine Zeit

Andere:

Wie viele Stunden pro Tag siehst du fern oder spielst Computer/ Videospiele?

0-2

3-4

5-6

mehr als 6

Händewaschen

Wann ist es wichtig seine Hände zu waschen? (alle wählen, die zutreffen)

nach dem Toilettengang

andere Gründe

vor dem Essen oder der Arbeit mit Lebensmitteln

keine Antworten/Gründe angegeben

Hast du beim letzten Mal Händewaschen Seife benutzt?

Ja Nein

Hast du zu Hause Seife?

Ja Nein

Sonnenschutz

Machst du etwas, um deine Haut vor der Sonne zu schützen?

Ja Nein

Wenn ja, was machst du, um deine Haut vor der Sonne zu schützen?

Sonnencreme

Hut tragen

Schatten aufsuchen

Sonnenbrille tragen

lange Ärmel /Hosen tragen

Keines der Genannten

Wenn du nichts machst, was ist der Grund?

Ich wusste nicht, dass es wichtig war

Kein Geld für Sonnenschutz

Ich bekomme keinen Sonnenbrand

Ich möchte gerne braun sein

Andere Gründe:

Raucher –Anamnese

Rauchst Du? Ja Nein

Wenn ja, wie oft? täglich wöchentlich monatlich

Rauchen Freunde oder Familienmitglieder in deinem Umfeld? Ja Nein

Wenn ja, was machst du dann? (alle wählen, die zutreffen)

Fragen, ob sie aufhören

Den Raum verlassen

Auch rauchen

Ich mache gar nichts

Anderes: