

Gesundheitsfragebogen für Minderjährige

Anhang II-23 des Code du Sport

Fragebogen zum Gesundheitszustand des minderjährigen Sportlers im Hinblick auf den Erwerb oder die Verlängerung einer Lizenz eines Sportverbands oder die Anmeldung zu einem Sportwettbewerb, der von einem delegierten Verband genehmigt oder von einem anerkannten Verband organisiert wird, ausgenommen Disziplinen mit besonderen Anforderungen.

*Warnhinweis für die Eltern oder die Person, die die elterliche Sorge hat.
Dieser Fragebogen sollte am besten von Ihrem Kind ausgefüllt werden. Es liegt an Ihnen, einzuschätzen, in welchem Alter es dazu in der Lage ist. Es liegt in Ihrer Verantwortung, dafür zu sorgen, dass der Fragebogen korrekt ausgefüllt wird, und die Anweisungen entsprechend den gegebenen Antworten zu befolgen.*

Sport treiben: Das ist für alle empfehlenswert. Hast du mit einem Arzt darüber gesprochen? Hat er/sie dich untersucht, um dich zu beraten? Dieser Fragebogen ist keine Prüfung. Du antwortest mit JA oder NEIN, aber es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Du kannst dir dein Gesundheitsheft ansehen und deine Eltern bitten, dir zu helfen.

Du bist ein Mädchen ein Junge Dein Alter : Jahre

Seit dem letzten Jahr

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Warst du einen ganzen Tag oder mehrere Tage im Krankenhaus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist du operiert worden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bist du viel mehr gewachsen als in den anderen Jahren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du viel abgenommen oder zugenommen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist dir bei einer Anstrengung schwindelig geworden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du das Bewusstsein verloren oder bist du gestürzt, ohne dich daran zu erinnern, was passiert ist? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du einen oder mehrere heftige Stöße erhalten, die dich dazu gezwungen haben, eine Sporteinheit für eine Weile zu unterbrechen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hattest du während einer Anstrengung im Vergleich zu sonst große Schwierigkeiten zu atmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du nach einer Anstrengung große Schwierigkeiten zu atmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hattest du Schmerzen in der Brust oder Herzklopfen (das Herz schlägt sehr schnell)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du angefangen, jeden Tag und für längere Zeit ein neues Medikament zu nehmen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du wegen eines gesundheitlichen Problems einen Monat oder länger mit dem Sport aufgehört? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Seit einiger Zeit (mehr als 2 Wochen)

| | JA | NEIN |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Fühlst du dich sehr müde? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hast du Schwierigkeiten einzuschlafen oder wachst du oft in der Nacht auf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlst du, dass du weniger Hunger hast? Dass du weniger isst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlst du dich traurig oder besorgt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weinst du häufiger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fühlst du Schmerzen oder Kraftlosigkeit aufgrund einer Verletzung, die du dir in diesem Jahr zugezogen hast? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Heute

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Denkst du manchmal daran, mit dem Sport aufzuhören oder die Sportart zu wechseln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Glaubst du, dass du deinen Arzt aufsuchen musst, um mit dem Sport fortzufahren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Möchtest du noch etwas bezüglich deiner Gesundheit melden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragen, die du von deinen Eltern ausfüllen lassen solltest

| | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Hatte jemand in Ihrer unmittelbaren Familie eine schwere Herz- oder Gehirnerkrankung oder ist er/sie vor dem 50. Lebensjahr plötzlich verstorben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Machen Sie sich Sorgen um sein Gewicht? Finden Sie, dass es zu viel oder zu wenig Nahrung zu sich nimmt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie die für das Alter Ihres Kindes vorgesehene Gesundheitsuntersuchung beim Arzt versäumt?(Diese Gesundheitsuntersuchung ist im Alter von 2 Jahren, 3 Jahren, 4 Jahren, 5 Jahren, zwischen 8 und 9 Jahren, zwischen 11 und 13 Jahren und zwischen 15 und 16 Jahren vorgesehen). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn du eine oder mehrere Fragen mit JA beantwortet hast, solltest du einen Arzt aufsuchen, damit er dich untersucht und mit dir zusammen sieht, welche Sportart für dich geeignet ist. Bei dem Besuch gibst du ihm diesen ausgefüllten Fragebogen mit.

Wenn du alle Fragen mit NEIN beantwortet hast, lass deine Eltern die Bestätigung zum Gesundheitsfragebogen "QS-Sport" für Minderjährige (nächste Seite) ausfüllen und leite sie zusammen mit deinem Mitgliedsantrag an deinen Verein weiter.

BESCHEINIGUNG ZUM GESUNDHEITSFRAGEBOGEN " QS-SPORT " FÜR MINDERJÄHRIGE

Im Rahmen des Erwerbs oder der Verlängerung der FFA-Lizenz und in Übereinstimmung mit den Vorschriften des Sportgesetzes und des medizinischen Reglements der FFA,
Ich, der/die Unterzeichnete Herr/Frau,
in meiner Eigenschaft als gesetzlicher Vertreter von
bestätige, dass ich den Gesundheitsfragebogen "QS-Sport" für Minderjährige ausgefüllt und alle Fragen mit "Nein" beantwortet habe.

Datum und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters