

(BEILAGE 6)

Sportmedizinisches Interview für Frauen

(Bitte Formular in Blockschrift ausfüllen)

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Sportart und Disziplin:

Einverständniserklärung:

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung und zur Speicherung der erhobenen Gesundheitsprobleme. Die gespeicherten Daten dürfen ausschliesslich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. Dieselben sind so zu verändern, dass kein Bezug zwischen ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, ausser für die ärztlichen Mitarbeiter der Swiss Olympic Medical Centers sowie für den zuständigen Verbands- bzw. Sportarzt. Zur Erteilung von Hinweisen an meinen Kader- bzw. Heimtrainer und Dritte, die für die Trainings- und Wettkampfgestaltung von Bedeutung sind, sowie die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten durch die jeweiligen Benutzerkreise bedürfen meiner vorgängigen schriftlichen Zustimmung.

Urteilsfähige Personen unter 18 Jahren bedürfen der schriftlichen Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters.

Ort und Datum:

Unterschrift Athletin und/oder gesetzlicher Vertreter:

Bitte zutreffende Antwort(en) ankreuzen beziehungsweise schriftlich erläutern.

1. Wie verläuft Ihre Periode?

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> noch keine | <input type="checkbox"/> Periodenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> sehr stark | <input type="checkbox"/> keine mehr | <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen |
| <input type="checkbox"/> dauert mehr als 7 Tage | | |

2. Wie ist das Intervall zwischen den Perioden (Zeit vom ersten Tag der einen bis zum letzten Tag vor der nächsten Monatsblutung)?

- | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> unregelmässig | <input type="checkbox"/> 3 Wochen | <input type="checkbox"/> 4 Wochen |
| <input type="checkbox"/> 5 Wochen | <input type="checkbox"/> 6 Wochen | <input type="checkbox"/> > 6 Wochen |

3. Wann hatten Sie Ihre letzte Periode?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> vor weniger als 1 Monat | <input type="checkbox"/> vor 1-2 Monaten | <input type="checkbox"/> vor 3-6 Monaten |
| <input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten | <input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Jahr | |

4. In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Blutung (Menarche)?

Jahre

5. Verschieben Sie im Hinblick auf wichtige Wettkämpfe die Periode?

ja nein

Wenn ja, wie:

6. Nehmen Sie die Antibabypille oder andere Hormonpräparate?

ja nein

Wenn ja, welche:

7. Sind Sie zur Zeit schwanger?

ja

nein

unsicher

8. Waren Sie schon jemals schwanger?

ja nein

Wenn ja, Geburt, Abort, Abtreibung?

9. Wann fand die letzte frauenärztliche Untersuchung statt?

10. Hatten Sie jemals gynäkologische Probleme?

ja nein

Wenn ja, welche?

11. Besonderes?

ja nein