



Einverständniserklärung & Aufklärung einer Laktatbestimmung

Ich habe Kenntnis davon, dass der von „wt“ durchgeführte Test mit maximalem körperlichem Einsatz durchgeführt wird und daher hoch belastet ist. **Die Testformen können sowohl das Herz-Kreislauf-System als auch den Bewegungsapparat akut stark belasten**, z.B. durch Anstieg der Herzfrequenz und des Blutdrucks, Belastung der Gelenke, Sehnen, Bänder, Muskulatur, Bandscheiben u.a. **Sollten Sie sich nicht sicher sein, diesen Belastungen standhalten zu können, empfiehlt „wt“ dringend, sich sportärztlich untersuchen zu lassen.**

Dieser Fragebogen ist eine Hilfestellung, um eine eingeschränkte sportliche Belastbarkeit zu erkennen. Beantworten Sie bitte die nachfolgenden Fragen nach bestem Wissen und Gewissen.

1. Lagen oder liegen Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems vor (z.B. Arteriosklerose, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Bluthochdruck, Herzinfarkt)?
Wenn ja, welche? Ja Nein

2. Bestanden in der Vergangenheit jemals folgende Beschwerden: Bewusstlosigkeit, Ohnmachtszustände, Schwindel, Sehstörungen, Brustschmerz, Luftnot, Herzstolpern, Herzaussetzer oder Herzrasen? (Zutreffendes bitte unterstreichen) Ja Nein
3. Bestehen oder bestanden chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma, Epilepsie, Rheuma, Bluterkrankheit)? (Zutreffendes bitte unterstreichen, ergänzen) Ja Nein

4. Leiden sie an einer Atemwegserkrankung oder haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Ja Nein

5. Haben oder hatten Sie Beschwerden/Verletzungen am Bewegungsapparat (z.B. Gelenke, Wirbelsäule)? Wenn ja, wo? Ja Nein

6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?
Wenn ja, welche? Ja Nein

7. Haben oder hatten Sie in den letzten 2 Monaten einen schweren Infekt/Grippe/Erkältung? Wenn ja, wann und was? Ja Nein

8. Reagieren Sie mit Übelkeit, Schwindel u.a. auf Blutabnahmen? Ja Nein

9. Hatten Sie in den letzten 5 Jahren ambulante Operationen oder stationäre Krankenhausaufenthalte? Wann und welche? Ja Nein
-
10. Haben Sie im letzten halben Jahr längere krankheitsbedingte Trainingspausen (> 3 Wochen) eingelegt? Wann, weshalb und wie lange? Ja Nein
-
11. Sonstige Erkrankungen/Verletzungen/Beschwerden? Ja Nein
-
12. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? Ja Nein

Ich versichere, dass meine Angaben zu vorstehenden Fragen der Wahrheit entsprechen!

Sollten Sie eine der unter Punkt 1-12 genannten Fragen mit „Ja“ beantworten, empfehlen wir Ihnen die Rücksprache mit einem Arzt, um eine diesbezügliche, aktuelle ärztliche Erklärung zum Testtermin vorlegen zu lassen.

Bei mir besteht keine Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit. Ich habe keine Bedenken gegen die Durchführung von sportmotorischen Tests mit maximaler Belastung des Herz-Kreislauf-Systems oder des Bewegungsapparates.

Ich weise Sie darauf hin, dass Bestandteil einiger Testformen (Laktatstufentest, Feldtest u.a.) die Bestimmung des Blutlaktatwertes ist. Hierzu wird Ihnen je nach Testform ggf. mehrfach eine geringe Menge Kapillarblut entnommen. Am Ohr oder an der Fingerbeere wird mittels einer sog. Lanzette ein kleiner Stich gesetzt, aus dem nachfolgend ein Blutropfen austritt. Dieser Tropfen wird mit einem Messstäbchen in Verbindung mit einem Messgerät (Lactat Scout) aufgesogen. Ggf. muss im Verlaufe des Tests an anderer Stelle ein weiterer Stich gesetzt werden, um den Blutfluss aufrecht zu erhalten. Dies ist rechtlich gesehen eine Körperverletzung. Der Eingriff erfolgt keiner medizinischen Notwendigkeit, sondern dient der Abschätzung der sportmotorischen Ausdauerleistungsfähigkeit zur Trainingssteuerung.

Ich handle bei der Blutentnahme unter festgelegten Hygienevoraussetzungen. Diese beinhalten eine Desinfektion der Entnahmestelle und das Tragen von keimfreien Einweghandschuhen seitens des Entnahmepersonals. Dennoch ist das Entstehen von Hämatomen und eine bakteriologische Infektion der Wunde nicht auszuschließen. Bitte betreiben Sie 2 Tage vor Testdurchführung keine sportliche Betätigung, dass Messergebnis kann damit verfälscht werden.

Meine Teilnahme an den Tests von „wt“ geschieht auf freiwilliger Basis und ich willige der o.g. Blutentnahme zur Bestimmung des Blutlaktatwertes ein.

Ich erteile mein Einverständnis, dass meine Daten bei „wt“ gespeichert werden dürfen.

Die Einverständniserklärung habe ich gelesen und verstanden und eine Kopie davon erhalten.

Nachname: _____ Vorname: _____

Unterschrift Kunde: _____ Ort/Datum: _____

Unterschrift Erziehungsberechtigter: _____

(nur bei Personen unter 18 Jahren)

Unterschrift  (gesehen): _____



Angaben zur Person und Kontaktdaten:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße / Hausnummer: _____

Postleitzahl / Ort: _____

Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

E-Mail: _____

Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Max. Herzfrequenz wenn bekannt (Schläge/min.): _____

Körperfett wenn bekannt (%): _____

Datum der Laktatbestimmung: _____

Uhrzeit der Laktatbestimmung: _____

Durchführung (Laufband, Fahrrad Ergometer): _____

Anzahl der Trainingseinheiten pro Woche: _____ /zu je (min): _____

Anzahl der Geräte- und Krafttrainingseinheiten pro Woche: _____ /zu je (min): _____

Anzahl der Ausdauertrainingseinheiten pro Woche: _____ /zu je (min): _____