

<b>Anstelle Vornamen nur</b> <i>O Frau oder O Mann</i>	<b>Nachname (wird nur so erfasst)</b> <i>GERMANY</i>	<b>HAS ID /GMS Nummer / Teilnehmernr.</b> .....
---	---	--

<b>Datum</b>	<b>O männlich</b> <b>O weiblich</b>	<b>Geburtsdatum</b> .. / .. / ..	<b>Alter .. (in Jahren)</b> <b>O Nicht sicher</b>
Veranstaltung	Ort	<input type="checkbox"/> Athlet <input type="checkbox"/> Unified Partner	Sportart
Delegation		SO Programm	

**BMI**

**Größe** \_\_\_\_\_ cm

**Gewicht** \_\_\_\_\_ kg

\_\_\_\_\_ **BMI**

\_\_\_\_\_ **BMI Percentile** (unter 20 Jahre)

BMI Empfehlung im Follow-Up

Special Olympics  
**Health Promotion**



**Blutdruck**

linker Arm \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

rechter Arm \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg

Blutdruck Empfehlung im Follow-Up

**Ernährung – Trink- und Ernährungsgewohnheiten**

**Was trinkst Du, wenn Du Durst hast?**

- Wasser
- Fruchtsaft
- Softdrinks  ohne Zucker  mit Zucker
- Andere: \_\_\_\_\_
- Sportgetränke
- Milchgetränke (einschließlich Soja-Milch)
- Energy-Drinks

<b>Kalziumhaltige Lebensmittel</b> <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	<b>Gesüßte Getränke</b> <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> nie
<b>Obst und Gemüse</b> <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	<b>Süßigkeiten</b> <input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> wöchentlich <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> nie
<b>Fast Food</b> <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: