

Checkliste für Athletenvorbereitung / Testvorbereitung

Um die effektive Leistungsfähigkeit beurteilen zu können, sollte auch ein Ausdauerleistungstest optimal (d.h. wie ein Wettkampf) vorbereitet werden. Das bedeutet insbesondere, dass keine Wettkämpfe und intensiven Trainings 48h vor dem Test durchgeführt werden sollten (bei Wettkämpfen in den letzten 48h vor dem Test wird prinzipiell kein Ausdauerstest durchgeführt).

Zudem sollte auf genügend Schlaf und genügend Flüssigkeitszufuhr geachtet werden. Änderungen bezüglich gewohnter Ernährung sind zu vermeiden, da die Ernährung vor dem Test einen starken Einfluss auf gewisse Messwerte (Bsp. Laktatproduktion) haben kann. Daher sollte die Ernährung aus Gründen der Vergleichbarkeit von Testresultaten vor jedem Test ähnlich sein. Wir empfehlen eine kleine Mahlzeit mind. 3 Stunden vor Testbeginn. Kaffee und andere Getränke sind wie gewohnt einzunehmen und auf Alkohol am Vorabend sollte verzichtet werden. Aktuell durchgeführte Diätmassnahmen (Bsp. Trennkost, Gewichtsreduktion, Fettdiät, Carboloadung) müssen nicht unterbrochen werden, sind aber beim Test anzugeben.

Testresultate früherer Leistungstest können Sie uns gerne mitbringen.

Wichtig ist eine rechtzeitige Meldung (min 24 Std. vor dem Termin) von Krankheit (bei Grippe- oder Erkältungssymptomen sollte kein Test durchgeführt werden!), Verletzungen oder Unpässlichkeiten, die eine Durchführung verhindern, damit vorzeitig ein neues Datum arrangiert werden kann. Insbesondere bei Herzkreislauferkrankungen bedarf es der vorgängigen Erlaubnis des Hausarztes.

Bitte 15 Minuten vor dem Testbeginn anwesend sein!

Name:		Vorname:		Sportart:	
Gewicht:	Grösse:	Geb. Datum:	Testdatum (Zeit):	Tester:	
Testziel:					

1. Trainingsphase Aufbau Vorwettkampf Wettkampf Rehabilitation

2. Letzter Wettkampf Wann: _____ Was: _____

3. Bestleistung (Zeit/Rang): _____

4. Ernährung: Normal Diät zur Gewichtsreduktion
 Kohlenhydrat-Diät Fett-Diät (Beginn < 4 Tage)
 Trennkost

Letzte Mahlzeit vor (Zeit): _____ Was: _____

Koffein (letzte 12h) nein ja Menge/Was: _____
 Alkohol (Vorabend) nein ja Menge/Was: _____

5. Training Trainingsumfang: _____ h/Woche (Jahresdurchschnitt)

	Art	Gesamt – Dauer				Gesamt-Intensität		
		<60`	<120`	<300`	>300`	Locker	Mittel	Hart
Heute:								
Gestern:								
Vorgestern:								

6. Krankheit (letzte 14 Tage) keine : _____

7. Verletzung/Unfälle (seit letztem Test) keine : _____

8. Beschwerden am Testtag keine : _____

9. Regelmässige Medikamente _____ letzte Einnahme: _____

10. Supplemente (Bsp. Kreatin) _____ letzte Einnahme: _____

11. Befindlichkeit 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Wie fühle ich mich heute: 1=schlecht, 10=super)

12. Motivation für Test 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
(Wie stark bin ich für den Test motiviert: 1=überhaupt nicht, 10=maximal)

13. Leiden Sie unter Diabetes? ja nein

**14. Haben Sie oder hatten Sie
Herz-Kreislaufprobleme oder Brustschmerzen?** ja nein
(in Ruhe oder bei körperlicher Belastung)

**15. Haben Sie Asthma oder
chronische Bronchitis?** ja nein

Der /Die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obenstehenden Angaben und gibt die Zustimmung zur kapillaren Blutentnahme an der Fingerkuppe oder am Ohr.

Ort/Datum:

Unterschrift:

.....

.....