

Liebe Kletterfreunde,

In den letzten 10 Jahren gab es zahlreiche Untersuchungen zum Thema Felsklettern und viele davon haben die Sicherheit und Behandlungsmöglichkeiten nach Kletterverletzungen voran gebracht.

Schaut man sich die Studienlage beim Eisklettern an, ist die Situation völlig anders. Es gibt kaum wissenschaftliche Untersuchungen zu typischen Verletzungen, Unfällen bzw. Überlastungsschäden. In der Öffentlichkeit wird der Sport als risikoreicher Extremsport einiger weniger dargestellt. Bei großen Versicherungen fällt Eisklettern unter die Kategorie „extrem gefährlich“.

Um hier endlich einmal Klarheit zu schaffen, und um solide Daten liefern zu können, führen wir, d.h. Sportmediziner aus Aachen, Bamberg und Oberstdorf, unter der Federführung der Universität Aachen, eine internationale Studie zu diesem Thema durch. Wesentlicher Bestandteil der Untersuchung ist der euch jetzt vorliegende Fragebogen. Es wäre schön wenn ihr euch Zeit nehmen könntet die Fragen möglichst sorgfältig zu beantworten. Bitte sendet den Fragebogen sobald als möglich zurück

Wichtig: Bitte füllt den Fragebogen auch dann aus, wenn ihr noch nie eine Verletzung oder einen Überlastungsschaden hattet!

Wir versichern euch, dass diese Angaben nicht an dritte Personen weitergereicht werden. Die persönlichen Daten werden nach Auswertung der Studie gelöscht.

Bei Fragen wendet euch bitte - mit dem Betreff „Eisklettern“ - an eine der folgenden Personen.

Vielen Dank für eure Mitarbeit!

Ulrich Schwarz

Facharzt Allgemeinmedizin
Sportmedizin, Notfallmedizin,
DAV Oberstdorf

uli.bine.oberstdorf@t-online.de

Dr. Volker Schöffl

Mannschaftsarzt Nationalkader Klettern
Oberarzt Unfallchirurgie Klinikum Bamberg
MedCom UIAA

volker.schoeffl@t-online.de

Priv. Doz. Dr. Thomas Küpper

Occupational Medicine, Sports Medicine
Alpine Medicine (UIAA), MedCom UIAA
Medizin RWTH Aachen

tkuepper@ukaachen.de

Name: _____

Vorname: _____

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass die von mir gemachten Angaben aus dem „**Fragebogen Eisklettern**“ für die Untersuchung zum Thema Verletzungen und Überlastungen beim Eisklettern gespeichert und ausgewertet werden.

Mir wurde versichert, dass die Auswertung in anonymisierter Form erfolgen wird, und dass die personenbezogenen Daten sofort nach Abschluss der Untersuchung gelöscht werden.

Keinerlei personengebundene Daten werden – außer auf Anforderung an gesetzlich berechnigte Stellen (z.B. die Ethikkommission der RWTH Aachen) – in irgendeiner Form an Dritte weiter gegeben.

Datum, Ort

Unterschrift

Fragebogen Eisklettern

1 Informationen zur Person

1.1 Name, Vorname _____

1.2 Adresse

Straße: _____

PLZ Ort: _____

Land: _____

Nationalität: _____

1.3 Geschlecht

weiblich männlich

1.4 Geburtsmonat und Jahr _____

1.5 Körpergröße _____ (cm)

1.6 Gewicht _____ (kg)

1.7 Familienstand

verheiratet ledig

geschieden verwitwet

1.8 Hast du Kinder?

Ja Nein

1.9 Was ist dein erlernter Beruf?

1.10 Welche berufliche Tätigkeit übst du zur Zeit aus?

1.11 Wie stark bist du bei deiner beruflichen Tätigkeit körperlich gefordert?

Sehr stark Mittelmäßig Wenig Gar nicht

2 Klettererfahrung

2.1 In welchem Jahr hast du mit dem Eisklettern begonnen? _____

2.2 Hast du seither das Eisklettern regelmäßig (mindestens 1x/Jahr) ausgeübt?

Ja

Nein

Falls „Ja“,

- Wie viele **Tage** pro Monat bist du durchschnittlich **im ersten Jahr** im Eis geklettert? _____
- Wie viele **Tage** pro Monat bist du durchschnittlich **in den letzten 3 Jahren** im Eis geklettert? _____
- Wie viele **Eistouren** pro Monat bist du durchschnittlich **im ersten Jahr** geklettert? _____
- Wie viele **Eistouren** pro Monat bist du durchschnittlich **in den letzten 3 Jahren** geklettert? _____

○ Wie häufig davon am

	überwiegend	oft	gelegentlich	nie
Wasserfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alpines Eis (Gletscher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Künstl. Eiswand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mixed Gelände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Falls „Nein“,

- Bitte beschreibe in welchen Jahren seit du mit dem Eisklettern begonnen hast, du aus welchem Grund, wie lange pausiert hast.

2.3 Hast du Erstbegehungen im Eis gemacht?

Ja

Nein

Falls „Ja“,

Wie viele? _____

In welchem maximalen Schwierigkeitsgrad? _____

2.4 Wo sind deine bevorzugten Eisklettergebiete?

Land	Region

2.5 In welchen Kletterdisziplinen bist du ebenfalls aktiv:

Kletterdisziplin			
Sportklettern Fels	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann
Sportklettern Halle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann
Bouldern Fels	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann
Bouldern Halle	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann
Alpines Felsklettern	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann
Alpines kombiniertes Gelände	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann
Expeditionsbergsteigen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann
Sonstige Welche?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Seit wann
Anmerkungen			

2.6 Wie viele Trainingsstunden absolvierst du durchschnittlich pro Woche um deine Kletterleistung zu verbessern bzw. zu erhalten (Eis und Fels)?

2.7 Nimmst du an Kletter-Wettkämpfen (Eis und Fels) teil?

Ja

Nein

Falls „Ja“, an welchen?

2.8 Was ist bzw. war dein maximaler Schwierigkeitsgrad im alpinen Eis (Steilheit in Grad)?

- Für längere Passagen im Vorstieg _____ (Grad) weiß nicht
- Im Nachstieg _____(Grad) weiß nicht

- Für Schlüsselstellen im Vorstieg _____ (Grad) weiß nicht
- Im Nachstieg _____(Grad) weiß nicht

2.9 Was ist bzw. war dein maximaler Schwierigkeitsgrad am Wasserfall (wi/m)?

- Im Vorstieg _____ weiß nicht
- Im Nachstieg _____ weiß nicht

2.10 Was ist bzw war dein maximaler Schwierigkeitsgrad im alpinen Gelände (rp/os, UIAA- oder französische Skala)?

- Für längere Passagen im Vorstieg _____ weiß nicht
- Im Nachstieg _____ weiß nicht

- Für Schlüsselstellen im Vorstieg _____ weiß nicht
- Im Nachstieg _____ weiß nicht

2.11 Was ist dein maximaler Schwierigkeitsgrad im Klettergarten (rp/os, UIAA- oder französische Skala)?

- Im Vorstieg _____ weiß nicht
- Im Nachstieg _____ weiß nicht

2.12 Was ist dein maximaler Schwierigkeitsgrad in der Kletterhalle (rp/os, UIAA- oder französische Skala)?

- Im Vorstieg _____ weiß nicht
- Im Nachstieg _____ weiß nicht

2.13 Was ist dein maximaler Schwierigkeitsgrad beim Bouldern (Fb)?

_____ weiß nicht

2.14 Falls du vorsteigst - wie ist deine Vorstiegsmoral im

Wasserfall	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
Eis künstlich	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
Eis alpin	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
Alpines Felsklettern	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
Alpines kombiniertes Gelände	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
Expeditionsbergsteigen	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
Klettergarten	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
Sportklettern Halle	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Mäßig <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>

2.15 Bist du regelmäßig (mindestens 1x/Woche) in anderen Sportarten aktiv?

Ja Nein

Falls „Ja“, in welchen

3 Verletzungen

Bitte beschreibe im Folgenden etwaige Verletzungen, die beim **Eisklettern** auftraten. Es werden zwei Formen von Verletzungen unterschieden: *unfallbedingt* oder *überlastungsbedingt*.

Überlastungsbedingte Verletzungen sind körperliche Beschwerden, die zu einer Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Kletterpause von mindestens 1 Woche, Arbeitsunfähigkeit, Arzt-oder Physiotherapeutenbesuch geführt haben (z.B. Sehnen-Muskeln-Gelenkbeschwerden), und **ohne direkte Gewalteinwirkung** (Sturz, Steinschlag etc) aufgetreten sind.

Unfallbedingte Verletzungen sind, Verletzungen, die zu einer Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Kletterpause von mindestens 1 Woche, Arbeitsunfähigkeit, Arzt oder Physiotherapeutenbesuch geführt haben, **die durch Gewalteinwirkung** (Sturz, Steinschlag, Erfrierung, Unterkühlung etc.) entstanden sind.

3.1 Überlastungsbedingte Verletzungen

3.1.1 Sind bei dir schon einmal Überlastungsschäden beim Eisklettern aufgetreten?

Ja

Nein

Falls „Ja“, wie viele derartige Schäden gab es bisher? _____

Falls „Nein“, bitte weiter mit Punkt 3.2!

3.1.2 Bitte beschreibe die einzelnen Ereignisse soweit du dich erinnern kannst!

(Falls die folgenden Tabellen nicht ausreichen, fertige bitte Kopien vor dem Ausfüllen an, danke!)

1. Überlastungsschaden

Monat/Jahr:

Art der Überlastung			
Mögliche Ursache der Überlastung			
Arzt aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Behandlung nötig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:
Anmerkungen			

2. Überlastungsschaden

Monat/Jahr:

Art der Überlastung			
Mögliche Ursache der Überlastung			
Arzt aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Behandlung nötig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:
Anmerkungen			

3. Überlastungsschaden

Monat/Jahr:

Art der Überlastung			
Mögliche Ursache der Überlastung			
Arzt aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Behandlung nötig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:
Anmerkungen			

4. Überlastungsschaden

Monat/Jahr:

Art der Überlastung			
Mögliche Ursache der Überlastung			
Arzt aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Behandlung nötig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:
Anmerkungen			

5. Überlastungsschaden

Monat/Jahr

Art der Überlastung			
Mögliche Ursache der Überlastung			
Arzt aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Behandlung nötig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:
Anmerkungen			

3.1.3 Traten bei dir auch Überlastungen bei anderen Kletterdisziplinen auf?

Ja

Nein

Falls „Ja“, welche Überlastungen traten bei welcher Disziplin wie häufig auf?

3.1.4 Ist deiner Ansicht nach Eisklettern in Bezug auf Überlastungen gefährlicher als Felsklettern?

Ja

Nein

Weiß nicht

Falls „Ja“ warum?

3.2 Unfallbedingte Verletzungen

3.2.1 Sind bei dir schon einmal unfallbedingte Verletzungen beim Eisklettern aufgetreten?

Ja

Nein

Falls „Ja“, wie viele derartige Verletzungen gab es? _____

Falls „Nein“, bitte weiter mit Punkt 4!

3.2.2 Bitte beschreibe auf den nächsten Seiten die einzelnen Ereignisse soweit du dich erinnern kannst!

(Falls die folgenden Tabellen nicht ausreichen, fertige bitte Kopien vor dem Ausfüllen an, danke!)

1. Verletzung

Monat/Jahr:

Art der Verletzung	Erfrierungen <input type="checkbox"/>	offene Wunden <input type="checkbox"/>	Brüche <input type="checkbox"/>	Blutergüsse <input type="checkbox"/>	
	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche? (z.B. Augen u.a.)				
Körperteile	Kopf <input type="checkbox"/>	Hals <input type="checkbox"/>	Schulter <input type="checkbox"/>	Arme <input type="checkbox"/>	Finger <input type="checkbox"/>
	Brust <input type="checkbox"/>	Bauch <input type="checkbox"/>	Rücken <input type="checkbox"/>	Unterleib <input type="checkbox"/>	Gesäß <input type="checkbox"/>
	Beine <input type="checkbox"/>	Füße <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/> Welche?		
Aktion	Zustieg <input type="checkbox"/>	Vorstieg <input type="checkbox"/>	Nachstieg <input type="checkbox"/>	Sichern <input type="checkbox"/>	
	Abstieg <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
Gelände	Wasserfall <input type="checkbox"/>	Natürliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Künstliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/> Welches?	
Anlass	Training <input type="checkbox"/>	Wettkampf <input type="checkbox"/>	Tour <input type="checkbox"/>	Sonstiger <input type="checkbox"/> Welcher?	
Ursache	Eisbruch <input type="checkbox"/>	Materialschaden <input type="checkbox"/>	Sicherungsfehler <input type="checkbox"/>	Pendeln <input type="checkbox"/>	
	Steinschlag <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
	Wäre Unfall vermeidbar gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
	Falls „Ja“ wodurch?				
bei Sturz	Fallhöhe: (Meter)				
	Wurde der Sturz abgebremst?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Falls „Ja“, wodurch?				
Schutzausrüstung	Helm <input type="checkbox"/>	Handschuhe <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> Welche?		
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Arztbesuch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Behandlung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:		

2.. Verletzung

Monat/Jahr:

Art der Verletzung	Erfrierungen <input type="checkbox"/>	offene Wunden <input type="checkbox"/>	Brüche <input type="checkbox"/>	Blutergüsse <input type="checkbox"/>	
	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche? (z.B. Augen u.a.)				
Körperteile	Kopf <input type="checkbox"/>	Hals <input type="checkbox"/>	Schulter <input type="checkbox"/>	Arme <input type="checkbox"/>	Finger <input type="checkbox"/>
	Brust <input type="checkbox"/>	Bauch <input type="checkbox"/>	Rücken <input type="checkbox"/>	Unterleib <input type="checkbox"/>	Gesäß <input type="checkbox"/>
	Beine <input type="checkbox"/>	Füße <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/> Welche?		
Aktion	Zustieg <input type="checkbox"/>	Vorstieg <input type="checkbox"/>	Nachstieg <input type="checkbox"/>	Sichern <input type="checkbox"/>	
	Abstieg <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
Gelände	Wasserfall <input type="checkbox"/>	Natürliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Künstliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/> Welches?	
Anlass	Training <input type="checkbox"/>	Wettkampf <input type="checkbox"/>	Tour <input type="checkbox"/>	Sonstiger <input type="checkbox"/> Welcher?	
Ursache	Eisbruch <input type="checkbox"/>	Materialschaden <input type="checkbox"/>	Sicherungsfehler <input type="checkbox"/>	Pendeln <input type="checkbox"/>	
	Steinschlag <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
	Wäre Unfall vermeidbar gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
	Falls „Ja“ wodurch?				
bei Sturz	Fallhöhe: (Meter)				
	Wurde der Sturz abgebremst?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Falls „Ja“, wodurch?				
Schutzausrüstung	Helm <input type="checkbox"/>	Handschuhe <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> Welche?		
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Arztbesuch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Behandlung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:		

3.. Verletzung

Monat/Jahr:

Art der Verletzung	Erfrierungen <input type="checkbox"/>	offene Wunden <input type="checkbox"/>	Brüche <input type="checkbox"/>	Blutergüsse <input type="checkbox"/>	
	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche? (z.B. Augen u.a.)				
Körperteile	Kopf <input type="checkbox"/>	Hals <input type="checkbox"/>	Schulter <input type="checkbox"/>	Arme <input type="checkbox"/>	Finger <input type="checkbox"/>
	Brust <input type="checkbox"/>	Bauch <input type="checkbox"/>	Rücken <input type="checkbox"/>	Unterleib <input type="checkbox"/>	Gesäß <input type="checkbox"/>
	Beine <input type="checkbox"/>	Füße <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/> Welche?		
Aktion	Zustieg <input type="checkbox"/>	Vorstieg <input type="checkbox"/>	Nachstieg <input type="checkbox"/>	Sichern <input type="checkbox"/>	
	Abstieg <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
Gelände	Wasserfall <input type="checkbox"/>	Natürliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Künstliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/> Welches?	
Anlass	Training <input type="checkbox"/>	Wettkampf <input type="checkbox"/>	Tour <input type="checkbox"/>	Sonstiger <input type="checkbox"/> Welcher?	
Ursache	Eisbruch <input type="checkbox"/>	Materialschaden <input type="checkbox"/>	Sicherungsfehler <input type="checkbox"/>	Pendeln <input type="checkbox"/>	
	Steinschlag <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
	Wäre Unfall vermeidbar gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
	Falls „Ja“ wodurch?				
bei Sturz	Fallhöhe: (Meter)				
	Wurde der Sturz abgebremst?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Falls „Ja“, wodurch?				
Schutzausrüstung	Helm <input type="checkbox"/>	Handschuhe <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> Welche?		
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Arztbesuch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Behandlung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:		

4.. Verletzung

Monat/Jahr:

Art der Verletzung	Erfrierungen <input type="checkbox"/>	offene Wunden <input type="checkbox"/>	Brüche <input type="checkbox"/>	Blutergüsse <input type="checkbox"/>	
	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche? (z.B. Augen u.a.)				
Körperteile	Kopf <input type="checkbox"/>	Hals <input type="checkbox"/>	Schulter <input type="checkbox"/>	Arme <input type="checkbox"/>	Finger <input type="checkbox"/>
	Brust <input type="checkbox"/>	Bauch <input type="checkbox"/>	Rücken <input type="checkbox"/>	Unterleib <input type="checkbox"/>	Gesäß <input type="checkbox"/>
	Beine <input type="checkbox"/>	Füße <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/> Welche?		
Aktion	Zustieg <input type="checkbox"/>	Vorstieg <input type="checkbox"/>	Nachstieg <input type="checkbox"/>	Sichern <input type="checkbox"/>	
	Abstieg <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
Gelände	Wasserfall <input type="checkbox"/>	Natürliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Künstliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/> Welches?	
Anlass	Training <input type="checkbox"/>	Wettkampf <input type="checkbox"/>	Tour <input type="checkbox"/>	Sonstiger <input type="checkbox"/> Welcher?	
Ursache	Eisbruch <input type="checkbox"/>	Materialschaden <input type="checkbox"/>	Sicherungsfehler <input type="checkbox"/>	Pendeln <input type="checkbox"/>	
	Steinschlag <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
	Wäre Unfall vermeidbar gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
	Falls „Ja“ wodurch?				
bei Sturz	Fallhöhe: (Meter)				
	Wurde der Sturz abgebremst?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Falls „Ja“, wodurch?				
Schutzausrüstung	Helm <input type="checkbox"/>	Handschuhe <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> Welche?		
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Arztbesuch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Behandlung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:		

5.. Verletzung

Monat/Jahr:

Art der Verletzung	Erfrierungen <input type="checkbox"/>	offene Wunden <input type="checkbox"/>	Brüche <input type="checkbox"/>	Blutergüsse <input type="checkbox"/>	
	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche? (z.B. Augen u.a.)				
Körperteile	Kopf <input type="checkbox"/>	Hals <input type="checkbox"/>	Schulter <input type="checkbox"/>	Arme <input type="checkbox"/>	Finger <input type="checkbox"/>
	Brust <input type="checkbox"/>	Bauch <input type="checkbox"/>	Rücken <input type="checkbox"/>	Unterleib <input type="checkbox"/>	Gesäß <input type="checkbox"/>
	Beine <input type="checkbox"/>	Füße <input type="checkbox"/>	Andere <input type="checkbox"/> Welche?		
Aktion	Zustieg <input type="checkbox"/>	Vorstieg <input type="checkbox"/>	Nachstieg <input type="checkbox"/>	Sichern <input type="checkbox"/>	
	Abstieg <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
Gelände	Wasserfall <input type="checkbox"/>	Natürliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Künstliche Eiswand <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/> Welches?	
Anlass	Training <input type="checkbox"/>	Wettkampf <input type="checkbox"/>	Tour <input type="checkbox"/>	Sonstiger <input type="checkbox"/> Welcher?	
Ursache	Eisbruch <input type="checkbox"/>	Materialschaden <input type="checkbox"/>	Sicherungsfehler <input type="checkbox"/>	Pendeln <input type="checkbox"/>	
	Steinschlag <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> , Welche?			
	Wäre Unfall vermeidbar gewesen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>				
	Falls „Ja“ wodurch?				
bei Sturz	Fallhöhe: (Meter)				
	Wurde der Sturz abgebremst?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
	Falls „Ja“, wodurch?				
Schutzausrüstung	Helm <input type="checkbox"/>	Handschuhe <input type="checkbox"/>	Sonstige <input type="checkbox"/> Welche?		
Arbeitsunfähig	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Arztbesuch	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Physiotherapeut aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Heilpraktiker aufgesucht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Nach welcher Zeit:		
Behandlung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Krankenhaus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Kletterpause	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Wie lange:		
Bleibender Schaden	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	Welcher:		

3.2.3 Kam es bei dir auch bei anderen Kletterdisziplinen zu unfallbedingten Verletzungen?

Ja

Nein

Falls „Ja“, in welcher Disziplin trat welche Verletzung wie häufig auf?

3.3 Nutzt du beim Eisklettern die Handschlaufen am Eispickel?

Ja

Nein

Falls „Ja“ warum ?

Falls „Nein“ warum nicht?

3.3.1 Ist deiner Ansicht nach Eisklettern in Bezug auf unfallbedingte Verletzungen gefährlicher als Felsklettern?

Ja

Nein

Falls „Ja“ warum?

4 Sonstiges

4.1 Fällt dir sonst noch etwas ein, das nicht abgefragt wurde, von dem du meinst, das es in diesem Zusammenhang von Bedeutung sein könnte?

4.2 Bist du damit einverstanden, dass für eventuelle Nachfragen gegebenenfalls telefonisch oder per email Kontakt mit dir aufgenommen wird?

Ja

Nein

Falls „Ja“, bitte Telefonnummer oder email angeben!

Telefon: _____

email: _____

4.3 Ich möchte das Ergebnis der Studie erfahren:

Ja

Nein

Vielen Dank für deine Mitarbeit!