

TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPFSPORTES

--

Sportart, für welche die Eignungsuntersuchung verlangt wird, angeben

Dieser Teil des Untersuchungsbogens ist vom Untersuchten selbst auszufüllen

Personalien

Name, Vorname : _____ **Geboren:** _____

Straße: _____

PLZ: _____ **Wohnort:** _____

Tel: _____ **daheim:** _____ **Arbeit:** _____

Sportliche Betätigung

Haben oder hatten Sie Beschwerden bei Sportausübung? Wenn ja, welche?
Wieviel trainieren Sie? (Stunden/Woche)
Sonstige Sportarten (was/wie oft)?

Familienanamnese

Sind in Ihrer Familie (Eltern, Grosseltern, Geschwister) Herz-Kreislaufkrankungen die vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten sind, bekannt:

Herzinfarkt ja ☐ nein ☐ **Plötzlicher Herztod** ja ☐ nein ☐ **sonstige** ja ☐ nein ☐

Krankheitsvorgeschichte

Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstättenbehandlung, Operationen, größere Verletzungen oder Unfälle? (was/wann?)

Haben oder hatten Sie Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen? (was/wann)
(Zutreffendes ankreuzen; wenn Sie mit "JA, derzeit" oder "FRÜHER" antworten, Pathologie angeben)

Kopf, Gehirn, Nervensystem Schädelhirnverletzungen, inkl. Gehirnerschütterungen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Migräne, häufiger Kopfschmerz, Anfall mit Bewußtlosigkeit, epileptische Anfälle, sonstige Erkrankungen?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER
Psyche Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmungsgefühle, Panikattacken, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER
Augen		
FEHLSICHTIGKEIT	BRILLENTRÄGER	KONTAKTLINSEN
Nase, Nasenebenhöhlen Heuschnupfen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstige?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER

Ohren Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, sonstige?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER
Atmungsorgane Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstige?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER
Herz- Kreislaufsystem Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstige?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER
Verdauungsorgane Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER
Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER
Haut, Knochen, Gelenke Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER
Stoffwechsel Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Anämie, sonstige?		
JA, derzeit	NEIN	FRÜHER
Bei FRAUEN:		
Schwangerschaft derzeit?	Zyklusstörungen?	Regelblutung derzeit?
JA	JA	JA
NEIN	NEIN	NEIN
Hatten Sie fieberhafte Erkrankungen in den letzten Monaten? (was/wann)		
Hatten oder haben Sie andere Krankheiten, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? (was/wann)		
Wieviel Alkohol trinken Sie? (Art/Menge): _____		
Rauchen Sie? (Art/Menge): _____		
Welche Medikamente nehmen Sie (wieviel?): _____		
Sind Sie bei früheren sportärztlichen Untersuchungen bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden?		
JA	NEIN	

Mit untenstehender Unterschrift gebe ich die Einwilligung zur ärztlichen Visite und allen dafür vorgesehenen Untersuchungen. Ich bin weiters darüber aufgeklärt, Informationen zum Ablauf der Visite unter www.sabes.it bzw. direkt beim Dienst für Sportmedizin des Sanitätsbetriebes einholen zu können

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Datum: _____

Unterschrift: _____
(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)