

TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPFSPORTES

Territorialer Bereich
Betrieblicher Dienst für
Sportmedizin

Area Territoriale
Servizio Aziendale di
Medicina dello Sport

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) Herzkreislauferkrankungen die vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten sind, bekannt:

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

Krankheitsvorgeschichte

Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstätten Behandlung, 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, Stim- 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 NEIN JA NEIN JA 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 auch Unterschrift der Eltern - wenn Unterschrift von nur einem Elternteil, bestätigt dieser mit seiner Unterschrift, das Einverständnis auch des anderen Elternteils eingeholt zu haben)