

TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPFSPORTES

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Steuernummer: _____

Adresse (Strasse): _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Prov. _____

Tel. und Handynummer: _____

Sportart angeben: _____

Sportvereinzugehörigkeit: _____

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

KRANKENHEITSVORGESCHICHTE

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

 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?

 JA

 NEIN

Zyklusstörungen?

 JA

 NEIN

Regelblutung derzeit?

 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

AUSSTEHEND

für weitere Untersuchungen/Tests im Jahr _____ aus folgenden Gründen

ZUSTIMMUNG NACH INKENNTNISSETZUNG UND ERKLÄRUNG

Mit meiner Unterschrift:

- erkläre ich, dass die von mir abgegebenen Angaben über meinen psychophysischen Zustand und meine Krankheitsgeschichte (bzw. der meiner Tochter/meines Sohnes) richtig und vollständig sind; hierfür übernehme ich persönliche Verantwortung und bin mir der möglichen Strafe – der Ungültigkeit des ärztlichen Attests zur Teilnahme am Leistungssport – bewusst;
- verpflichte ich mich, keine illegalen Drogen einzunehmen, und bestätige, über die Gefahren von Tabakkonsum, Dopingmitteln und Alkoholmissbrauch informiert zu sein. Ich erkläre weiterhin, eventuellen gesetzlich vorgesehenen Antidoping-Kontrollen zuzustimmen;
- erkläre ich, der ärztlichen Untersuchung (meiner Tochter/meines Sohnes im Falle einer Unterschrift für minderjährige Kinder) und den Überprüfungen im Sinne des Ministerialdekretes 18/2/82 sowie den eventuell notwendigen nicht invasiven Untersuchungen zuzustimmen;
- Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen persönlichen Daten und das Ergebnis der Untersuchung ohne klinische Diagnose an das Gesundheitsamt Bozen und die Gesundheitsabteilung der Autonomen Provinz Bozen übermittelt werden.

Ich erkläre, das in Folge beschriebene Verfahren für die Ausstellung des beantragten Attests gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben:

- Abgabe einer Urinprobe
- Aufnahme anthropometrischer Maße (Körpergröße und Gewicht)
- Anwesenheit eines Elternteils bei minderjährigen Kindern (soweit notwendig)
- Aufnahme der persönlichen Anamnese (Krankheitsgeschichte)
- Untersuchung durch einen Sportmediziner
- Durchführung eines Grund-EKGs
- spirometrische Untersuchung
- Sehtest für die Sehschärfermittlung
- eventuelle ergänzende Untersuchungen (soweit vom jeweiligen Protokoll vorgesehen)
- Belastungs-EKG: Stufentest, wenn vom Prüfungsprotokoll vorgesehen, bzw. Zyклоergometer-Test auf FC MAX für beantragende Master-Sportler gemäß COCIS 2009 und für Sportler über 45 Jahren.

Im Rahmen dieser Untersuchung können Schmerzen im Brustbereich, Atmungsschwierigkeiten, Herzpalpitation und Synkopen auftreten. Die Untersuchung findet unter ärztlicher Aufsicht statt.

Datum: _____

Unterschrift: _____
(Unterschrift eines Elternteils bei Minderjährigen)

Datum: _____

Unterschrift: _____
(Unterschrift eines Elternteils bei Minderjährigen)