



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?

Atmungsorgane

Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstige?

Herz- Kreislaufsystem

Herzfehler, Herzmuskulenzündung, Engegefühl, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstige?

Verdauungsorgane

Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?

Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane

Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?

Haut, Knochen, Gelenke

Gelenk rheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?

Stoffwechsel

Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Anämie, sonstige?

Bei FRAUEN:**Schwangerschaft derzeit?****Zyklusstörungen?****Regelblutung derzeit?****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

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Datum: _____

Unterschrift: _____

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)