

TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPFSPORTES

Dieser Teil des Untersuchungsboogens 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 Heilanstalten Behandlung, Operationen, größere Verletzungen oder Unfälle? (was/wann?)

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

Kopf, Gehirn, Nervensystem
 Schädellinnerven, nkl, 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, sonstiger?

JA, derzeit NEIN FRÜHER

Augen
 FEHRSICHTIGKEIT BRILLENTRÄGER KONTAKTLINSEN

Nase, Nasenbenhöhlen
 Heuschuhnen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstiger?

JA, derzeit NEIN FRÜHER

Ohren
 Mittelohrentzündung, Trommelfellinf, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, sonstiger?

JA, derzeit NEIN FRÜHER

Atmungsorgane
 Tuberkulose, Lungentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstiger?

JA, derzeit NEIN FRÜHER

Herz- Kreislaufsystem
 Herzfehler, Herzmuskelerkrankung, Engpassgefühl, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstiger?

JA, derzeit NEIN FRÜHER

Verdauungsorgane
 Ausstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstiger?

JA, derzeit NEIN FRÜHER

Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane
 Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstiger?

JA, derzeit NEIN FRÜHER

Haut, Knochen, Gelenke
 Gelenkrehmatismus, Hexenschuss, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstiger?

JA, derzeit NEIN FRÜHER

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

JA, derzeit NEIN FRÜHER

Bei FRAUEN:

Schwangerschaft derzeit? JA NEIN

Zyklusstörungen? JA NEIN

Regelbildung derzeit? JA NEIN

Hatten Sie fröheiräte 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)