

TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPFSPORTES

Dieser Teil des Untersuchungsboogens ist vom Untersuchten selbst auszufüllen

Personalien

Name, Vorname:

Geboren:

Strasse:

PLZ: Wohnort:

Tel.: dahheim:

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
Schädelnervenstörungen, nkl, Gehirnerschütterungen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Migräne,
häufiger Kopfschmerz, Anfall mit Bewusstlosigkeit, epileptische Anfälle, sonstige Erkrankungen?

JA, derzeit

NEIN

FRÜHER

Psyche

Néigung zu Angstreaktionen, Beklemmungsgefühle, Panikattacken, Depressionen oder depressive Phasen, sonstiger?

JA, derzeit

NEIN

FRÜHER

Augen

FEHRSICHTIGKEIT

BRILLENTRÄGER

KONTAKTLINSEN

Nase, Nasennebenhöhlen

JA, derzeit

NEIN

FRÜHER

Hauschuhplagen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kiefernöhlenentzündungen, sonstiger?

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

Ausfäden 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

Gelenktrümmerarthritis, 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

FRÜHER

Zyklusstörungen?

JA

NEIN

FRÜHER

Regelbildung derzeit?

JA

NEIN

FRÜHER

Hatten Sie fröheerhate 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 (wievie/)?:

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 vorgesehene 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)