AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL | PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

Territorialer Bereich
Landesweiter Dienst für Sportmedizin

Area Territoriale
Servizio Provinciale di Medicina dello Sport

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) Herzkreislaufkrankungen 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, Trommellfellriß, 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	JA	JA
NEIN	NEIN	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 Unterschrift eines Elternteils)