

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?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
Atmungsorgane Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
Herz- Kreislaufsystem Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
Verdauungsorgane Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
Haut, Knochen, Gelenke Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
Stoffwechsel Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Anämie, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
Bei FRAUEN:		
Schwangerschaft derzeit?	Zyklusstörungen?	Regelblutung derzeit?
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA
<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> 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?		
<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> 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)

COVID-19 ANAMNESE

Name, Vorname : _____ Geboren: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Tel: _____ daheim: _____ Arbeit: _____

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen SYMPTOME einer COVID-19 Erkrankung?

HAUPTSYMPTOME

- Fieber > 37,5°C ja wann..... nein
- Husten ja wann..... nein
- Kurzatmigkeit ja wann..... nein

NEBENSYMPTOME

- Müdigkeit/Abgeschlagenheit ja wann..... nein
- Halsschmerzen ja wann..... nein
- Kopfschmerzen ja wann..... nein
- Muskelschmerzen ja wann..... nein
- Verstopfte Nase ja wann..... nein

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit einer COVID-19-positiven Person (lebend oder verstorben) ?

ja wann..... nein

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit einer Person mit COVID-19 Verdacht?

ja wann..... nein

Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit COVID-19 positiven Familienangehörigen oder mit Familienangehörigen mit COVID-19 Verdacht?

ja wann..... nein

Haben Sie in den letzten 14 Tagen GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN (Ambulatorien, Krankenhäuser, Altersheime ecc.) aufgesucht oder arbeiten Sie dort, wo COVID-19 positive Personen oder Personen mit COVID-19 Verdacht behandelt werden?

ja wann..... nein

Sind oder waren Sie in den letzten 14 Tagen als SANITÄTSPERSON oder anderweitig in der PFLEGE mit einer COVID 19 positiven Person oder mit einer COVID-19 Verdachtsperson beschäftigt, oder arbeiten Sie in einem LABOR mit SARSCoV-2 Proben?

ja wann..... nein

Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem COVID-19 RISIKOGEBIET ?

ja wo..... nein

Haben Sie NASEN-RACHEN-ABSTRICHE zum Nachweis von SARS-CoV-2 gemacht und/oder serologische Tests zum ANTIKÖRPER Nachweis und mit welchem Ergebnis?

ja nein Abstrich pos neg Datum..... pos neg Datum.....
 ja nein Antikörper Nachweis pos neg Datum..... pos neg Datum.....

Datum: _____

Unterschrift: _____

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)

Spettabile
AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO
B O L Z A N O

An den
SANITÄTSBETRIEB BOZEN
B O Z E N

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA
MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ
ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. 18.2.1982)**

**FORMULAR FÜR DIE ANFRAGE EINER SPORT-
MEDIZINISCHEN VISITE FÜR DIE EIGNUNG
ZU EINER WETTKÄMPFISCHEN SPORTART
(M.D. 18.2.1982)**

La Società Sportiva

Der Sportverein

ASV RIFFIAN KUENS

affiliata a

angehörig dem

Federazione Sportiva Nazionale

Nationalen Sportverein

Ente Sportivo riconosciuto

anerkannten Sportverein

chiede per il proprio atleta

ersucht für den Athleten

nato a

geboren in

..... il

..... am

residente a

wohnhaft in

Via

..... -Straße

n. n. Tel.

Nr. Tel. Nr.

una visita medico-sportiva ed il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello Sport.

um eine sportmedizinische Visite und die Ausstellung der Eignungsbescheinigung zur Ausübung des wettkämpferischen Sportes

prima affiliazione

erste Aufnahme

rinnovo

Erneuerung

visita di controllo ai sensi
dei punti d) ed e) all. 1 Tab. A - D.M. 18.2.82

Kontrollvisite laut

Punkte d) und e) Anlage 1 Tab. A - M.D. 18.2.82

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Man bescheinigt, dass die vom Athleten ausgeübte Sportart zu der wettkämpferischen Sportart gehört, laut Bestimmungen des zuständigen Nationalen Sportverbandes.

Data

Datum



Firma del Presidente della Società - Unterschrift des Präsidenten des Vereins