

**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)

<b>Kopf, Gehirn, Nervensystem</b> Schädelhirnverletzungen, inkl. Gehirnerschütterungen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Migräne, häufiger Kopfschmerz, Anfall mit Bewußtlosigkeit, epileptische Anfälle, sonstige Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
<b>Psyche</b> Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmungsgefühle, Panikattacken, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige?	<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
<b>Augen</b>	<input type="checkbox"/> FEHLSICHTIGKEIT	<input type="checkbox"/> BRILLENTRÄGER	<input type="checkbox"/> KONTAKTLINSEN
<b>Nase, Nasenebenhöhlen</b> Heuschnupfen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstige?	<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER

<b>Ohren</b> Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
<b>Atmungsorgane</b> 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
<b>Herz- Kreislaufsystem</b> 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
<b>Verdauungsorgane</b> Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
<b>Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane</b> Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
<b>Haut, Knochen, Gelenke</b> Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
<b>Stoffwechsel</b> Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Anämie, sonstige?		
<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
<b>Bei FRAUEN:</b>		
<b>Schwangerschaft derzeit?</b>	<b>Zyklusstörungen?</b>	<b>Regelblutung derzeit?</b>
<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](http://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)