

**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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Psyche</b> Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmungsgefühle, Panikattacken, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Augen</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nase, Nasenebenhöhlen</b> Heuschnupfen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstige?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Ohren</b> Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Atmungsorgane</b> Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Herz- Kreislaufsystem</b> Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Verdauungsorgane</b> Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane</b> Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Haut, Knochen, Gelenke</b> Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Stoffwechsel</b> Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Anämie, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Bei FRAUEN:</b>		
<b>Schwangerschaft derzeit?</b>	<b>Zyklusstörungen?</b>	<b>Regelblutung derzeit?</b>
<input type="text" value="JA"/>	<input type="text" value="JA"/>	<input type="text" value="JA"/>
<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="NEIN"/>
<b>Hatten Sie fieberhafte Erkrankungen in den letzten Monaten? (was/wann)</b>		
<b>Hatten oder haben Sie andere Krankheiten, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? (was/wann)</b>		
<b>Wieviel Alkohol trinken Sie? (Art/Menge):</b> _____		
<b>Rauchen Sie? (Art/Menge):</b> _____		
<b>Welche Medikamente nehmen Sie (wieviel?):</b> _____		
<b>Sind Sie bei früheren sportärztlichen Untersuchungen bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden?</b>		
<input type="text" value="JA"/>	<input type="text" value="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)