

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) Herzkreislauferkrankungen die vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten sind, bekannt:
 Herzinfarkt ja nein Plötzlicher Herztod ja nein sonstige ja nein

Krankheitsvorgeschichte

Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstätten Behandlung, 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, Stimm- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstige?
 JA, derzeit NEIN FRÜHER

Ohren
 Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, 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, Herzmuskelerkrankung, 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? JA NEIN
 Zyklusstörungen? JA NEIN
 Regelblutung derzeit? JA 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 auch Unterschrift der Eltern - wenn Unterschrift von nur einem Elternteil, bestätigt dieser mit seiner Unterschrift, das Einverständnis auch des anderen Elternteils eingeholt zu haben)