

Spett.le
AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO
BOLZANO

An den
SANITÄTSBETRIEB BOZEN
BOZEN

**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

SSV BOZEN ASV, Roenstr. 12, I-39100 Bozen (BZ)

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 wettkämpferi-
schen 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 com-
petente Federazione Sportiva Nazionale.

Man bescheinigt, dass die vom Athleten ausgeübte Sport-
art zu der wettkämpferischen Sportart gehört, laut Best-
immungen des zuständigen Nationalen Sportverbandes.

Data

Datum

SSV BOZEN ASV
Roenstr. 12 - 39100 Bozen
Tel. 0471 262800
SKN 914053520212
W. S. S. S.

Firma del Presidente della Società - Unterschrift des Präsidenten des Vereins

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?

Atmungsorgane

Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstige?

Herz- Kreislaufsystem

Herzfehler, Herzmuskelentzündung, Engegefühl, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstige?

Verdauungsorgane

Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?

Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane

Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?

Haut, Knochen, Gelenke

Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?

Stoffwechsel

Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Anämie, sonstige?

Bei FRAUEN:

Schwangerschaft derzeit?

Zyklusstörungen?

Regelblutung derzeit?

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?

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!Datum: Unterschrift:
(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)