

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

ASC SARNTAL FUSSBALL

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 .....



A.S.C. SARNTAL - FUSSBALL  
PIAZZA GRIES 18  
39058 SARENTINO

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)

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