

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'INDONIETÀ ALLA PRATICA
AGONISTICA

FORMULAR FÜR DIE ANFRAGE EINER SPORTMEDIZINISCHEN VISITE FÜR DIE EIGNUNG ZU EINER
WETTKAMPF-SPORTART (D.M. 18.02.1982)

La Società Sportiva
Der Sportverein

Amateursportverein Sportclub Sarntal

Affiliata a
Angehörig dem



Federazione Sportiva Nazionale
Nationalen Sportverein



Ente Sportivo riconosciuto
Anerkannten Sportverein

Chiede per il proprio atleta
Ersucht für den Sportler _____

Nato a _____ il _____
Geboren in _____ am _____

Residente a _____ Via _____ N.
Wohnhaft in _____ Strasse _____ Nr. _____

Una visita medico-sportiva ed il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello Sport
Um eine sportmedizinische Visite und um die Ausstellung der Eignungsbescheinigung zur Ausübung des
Wettkampfsportes:

FUSSBALL

Prima affiliazione



erste Aufnahme

Rinnova



Erneuerung

Visita di controllo ai sensi dei Punti d)
Ed e) all. 1 Tab. a D.M. 18.02.1982



Kontrollvisite laut Punkt d) und e)
Anlage Tab. A.M.D. 18.02.1982

Si richiede 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 _____



[Signature]
A.S.C. SARNTAL FUSSBALL
OBIESPLATZ 18
39058 SARNTHEIN

Firma del Presidente e timbro della Società
Unterschrift des Präsidenten und Stempel des Vereines

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?	<input type="text"/> JA, derzeit	<input type="text"/> NEIN	<input type="text"/> FRÜHER
Psyche Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmungsgefühle, Panikattacken, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige?	<input type="text"/> JA, derzeit	<input type="text"/> NEIN	<input type="text"/> FRÜHER
Augen	<input type="text"/> FEHLSICHTIGKEIT	<input type="text"/> BRILLENTRÄGER	<input type="text"/> KONTAKTLINSEN
Nase, Nasenebenhöhlen Heuschnupfen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstige?	<input type="text"/> JA, derzeit	<input type="text"/> NEIN	<input type="text"/> FRÜHER

Ohren Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
Atmungsorgane 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"/>
Herz- Kreislaufsystem 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"/>
Verdaungsorgane 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"/>
Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
Haut, Knochen, Gelenke Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
Stoffwechsel 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"/>
Bei FRAUEN:		
Schwangerschaft derzeit?	Zyklusstörungen?	Regelblutung derzeit?
<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"/>
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="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 bzw. direkt beim Dienst für Sportmedizin des Sanitätsbetriebes einholen zu können

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Data: _____

Firma: _____

(per i minorenni firma del genitore)