

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. SARN TAL FUSSBALL  
OBIESPLATZ 18  
39058 SARN THEIN

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)

<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>Verdaungsorgane</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!

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

(per i minorenni firma del genitore)

**COVID-19 ANAMNESE**

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ daheim: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen SYMPTOME einer COVID-19 Erkrankung?**

**HAUPTSYMPTOME**

- Fieber > 37,5°C ja  wann..... nein
- Husten ja  wann..... nein
- Kurzatmigkeit ja  wann..... nein

**NEBENSYMPTOME**

- Müdigkeit/Abgeschlagenheit ja  wann..... nein
- Halsschmerzen ja  wann..... nein
- Kopfschmerzen ja  wann..... nein
- Muskelschmerzen ja  wann..... nein
- Verstopfte Nase ja  wann..... nein

**Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit einer COVID-19-positiven Person (lebend oder verstorben) ?**

ja  wann..... nein

**Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit einer Person mit COVID-19 Verdacht?**

ja  wann..... nein

**Haben oder hatten Sie in den letzten 14 Tagen KONTAKT mit COVID-19 positiven Familienangehörigen oder mit Familienangehörigen mit COVID-19 Verdacht?**

ja  wann..... nein

**Haben Sie in den letzten 14 Tagen GESUNDHEITSEINRICHTUNGEN (Ambulatorien, Krankenhäuser, Altersheime ecc.) aufgesucht oder arbeiten Sie dort, wo COVID-19 positive Personen oder Personen mit COVID-19 Verdacht behandelt werden?**

ja  wann..... nein

**Sind oder waren Sie in den letzten 14 Tagen als SANITÄTSPERSON oder anderweitig in der PFLEGE mit einer COVID 19 positiven Person oder mit einer COVID-19 Verdachtsperson beschäftigt, oder arbeiten Sie in einem LABOR mit SARSCoV-2 Proben?**

ja  wann..... nein

**Waren Sie in den letzten 14 Tagen in einem COVID-19 RISIKOGEBIET ?**

ja  wo..... nein

**Haben Sie NASEN-RACHEN-ABSTRICHE zum Nachweis von SARS-CoV-2 gemacht und/oder serologische Tests zum ANTIKÖRPER Nachweis und mit welchem Ergebnis?**

ja  nein  Abstrich pos  neg  Datum..... pos  neg  Datum.....  
 ja  nein  Antikörper Nachweis pos  neg  Datum..... pos  neg  Datum.....

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)