

**Antrag für eine sportmedizinische Visite zur Feststellung der Eignung für Wettkampfsport (M.D. 18.2.1982)**

**Richiesta di visita medico-sportiva per l' idoneità alla pratica agonistica (D.M. 18.2.1982)**

Der Sportverein  
**AMATEURSPORTCLUB OLANG**

La Società Sportiva

welcher  
dem Nationalen Sportverband  
einem anerkannten Sportverein  
angehört, ersucht für den Athleten

affiliata a  
Federazione Sportiva Nazionale  
Ente Sportivo riconosciuto  
chiede per il proprio atleta

(Vor – und Nachname)

(nome e cognome)

(Geburtstag / Geburtsort)

(data di nascita / località)

(wohnhaft in)

(residente a)

(Straße)

(via)

(Telefonnummer)

(n. tel)

um eine sportmedizinische Visite und die Ausstellung der Eignungsbescheinigung zur Ausübung folgenden Wettkampfsports

una visita medico-sportiva ed il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica agonistica dello sport

**Fußball**

Erster Antrag  
Erneuerung  
Kontrollvisite laut Punkte d) und e) Anlage 1 Tab. A  
– M.D.18.2.1982

prima affiliazione  
Rinnovo  
visita di controllo ai sensi dei punti d) ed e) all. 1  
Tab. A - D.M. 18.2.1982

Es wird bescheinigt, dass es sich bei der vom Athleten ausgeübten Sportart laut Bestimmungen des zuständigen Nationalen Sportverbandes um einen Wettkampfsport handelt.  
Olang, am \_\_\_\_\_

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Der Geschäftsführer  
Markus Wieland



Il delegato amministrativo  
Markus Wieland

## Tauglichkeitsuntersuchung zur Ausübung von Wettkampfsport

<b>Nachname</b>	<b>Vorname</b>		
<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geburtsort</b>		
<b>Wohnort</b>	<b>Postleitzahl</b> 39030	<b>Straße</b>	
<b>Beruf</b>	<b>Telefon</b>		
Sind Sie bei früheren Untersuchungen bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			

### Erkrankungen in der Familie: (Familie bedeutet Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

1.	Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt oder plötzlichem Herztod? Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
2.	Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor? Wenn ja, welche? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.	Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)? Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.	Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten? Bei wem? _____ In welchem Alter? _____ Jahre	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Frühere Erkrankungen

5.	Haben, oder hatten Sie irgendwelche schwerwiegende Erkrankungen? Wenn ja, welche _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
6.	Bisherige Operationen? <input type="checkbox"/> Mandeloperation Wann? _____ <input type="checkbox"/> Leistenbruchoperation Wann? _____ <input type="checkbox"/> Blinddarmoperation Wann? _____ <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Wann? _____		
7.	Unfälle/Knochenbrüche/Operationen an Gelenken? Wenn ja, welche? _____ wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Aktuelle Krankheiten

8.	Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? Wenn ja, welche/seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
9.	Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt? Wenn ja, welche/seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
10.	Fühlen Sie sich zur Zeit krank? Wenn ja, welche Beschwerden haben Sie? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

### Spezielle Fragen

11.	Hatten Sie in den letzten 2 Jahren: > Plötzliche Ohnmachten beim Sport (Kollaps)? Wann ja, wann? _____ > Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? Wann ja, wann? _____ > Herzschmerzen beim Sport? Wann ja, seit wann? _____ > Herzstolpern beim und nach dem Sport? Wann ja, seit wann? _____ > Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? Wann ja, seit wann? _____ > Epileptische Anfälle? Wann ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
12.	Besteht ein erhöhter Blutdruck? Wenn ja, seit wann? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
13.	Augen: Haben Sie irgendwelche Sehprobleme? <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Brillenträger <input type="checkbox"/> Andere _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
14.	Hatten Sie Probleme mit Ihren Ohren? <input type="checkbox"/> Mittelohrentzündung <input type="checkbox"/> Trommelfellriss <input type="checkbox"/> Ohrensäusen <input type="checkbox"/> Hörstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15.	Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Gelenken oder Wirbelsäule? Wenn ja, wo? _____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
16.	Fühlen Sie Unsicherheiten oder Angstzustände bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
17.	Bei Frauen: Sind Sie schwanger? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Regelblutung derzeit? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

18. Haben Sie momentan irgendwelche der folgenden Beschwerden?  Ja  Nein  
 Schlafstörungen  Appetitmangel / Gewichtsverlust  
 Magendarmbeschwerden  Beschwerden beim Wasserlassen  
 Sonstiges \_\_\_\_\_

19. Leiden Sie unter Atembeschwerden?  Ja  Nein  
 Atemnot  Husten  Auswurf  Heuschnupfen  Asthma

20. Sind Ihnen Allergien bekannt?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

21. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung oder eine Grippe?  Ja  Nein

22. Haben Sie im Laufe des letzten Jahres Blutproben oder sonstige Untersuchungen durchgeführt?  Ja  Nein  
 Wenn ja, war dabei irgendetwas nicht in Ordnung? \_\_\_\_\_

**Risikofaktoren**

23. Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren?  Ja  Nein

Rauchen  Ja  Nein  
 Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich: \_\_\_\_\_

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein  
 Bier  Wein  Superalkoholika Gläser pro Tag \_\_\_\_\_ pro Woche \_\_\_\_\_

Trinken sie regelmäßig Kaffee?  Ja  Nein  
 Wenn ja, wie viele Tassen pro Tag? \_\_\_\_\_  
 Fernsehkonsum pro Tag in Stunden? \_\_\_\_\_

Übergewicht  Ja  Nein  
 Fettstoffwechselstörung/erhöhtes Cholesterin  Ja  Nein  
 Zuckerkrankheit  Ja  Nein

**Ernährung**

24. Normale Hausmannskost   
 Mediterrane Diät   
 Spezialdiäten  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_  
 Nahrungsergänzungsmittel  wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Bisherige Impfungen**

25.  Tetanus, zuletzt am \_\_\_\_\_  Tuberkulose  Hepatitis  A  B  
 Masern  Röteln  Keuchhusten  
 Diphtherie  Sonstige  Pflichtimpfungen

**Medikamente**

26. Medikamenteneinnahme innerhalb des letzten Monats?  Ja  Nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Vorgeschichte zum Sport**

	Sportart		von (Jahr)	bis (Jahr)	Trainingsstunden/Woche
Hauptsport:		<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig			
Nebensport:		<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig			

27. Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen?  Ja  Nein  
 Wenn ja, wieso? \_\_\_\_\_

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

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

(bei Minderjährigen Unterschrift eines Elternteil)