

**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

Nachname	Vorname		
Geburtsdatum	Geburtsort		
Wohnort	Postleitzahl 39030	Straße	
Beruf	Telefon		
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	Zyklusstörungen? <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)