



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 am:

Straße:

PLZ:

Wohnort:

Tel. daheim:

Tel. Arbeit:

Sportliche Bestätigung

Haben oder hatten Sie Beschwerden bei Sportausübung? Wenn ja, welche?

Wieviel trainieren Sie? (Stunden/Wochen)

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?

JA, derzeit

NEIN

FRÜHER

Psyche

Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmungsgefühle, Panikattacken, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige?

JA, derzeit

NEIN

FRÜHER

Augen

FEHLSICHTIGKEIT

BRILLENTRÄGER

KONTAKTLINSEN

Nase, Nasenebenhöhlen

Heuschnupfen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstige?

JA, derzeit

NEIN

FRÜHER

Ohren

Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, sonstige?

 JA, derzeit NEIN FRÜHER**Atmungsorgane**

Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstige?

 JA, derzeit NEIN FRÜHER**Herz- Kreislaufsystem**

Herzfehler, Herzmuskulenzündung, Engegefühl, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstige?

 JA, derzeit NEIN FRÜHER**Verdauungsorgane**

Aufstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?

 JA, derzeit NEIN FRÜHER**Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane**

Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?

 JA, derzeit NEIN FRÜHER**Haut, Knochen, Gelenke**

Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?

 JA, derzeit NEIN FRÜHER**Stoffwechsel**

Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Anämie, sonstige?

 JA, derzeit NEIN FRÜHER**Bei FRAUEN:****Schwangerschaft derzeit?** JA NEIN**Zyklusstörungen?** JA NEIN**Regelblutung derzeit?** JA 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):**Superalkohol ja nein Wein ja nein Bier ja nein Wenn ja mehr als ½ lt. die ja nein weniger als ½ lt. die ja nein Rauchen Sie? ja nein mehr als 6 Zig./Tag ja nein weniger als 6 Zig./Tag ja nein **Welche Medikamente nehmen Sie (wie viel?):** _____**Sind Sie bei früheren sportärztlichen Untersuchungen bereits einmal für NICHT Tauglich ERKLÄRT worden?** JA NEIN**Information gemäß Art. 13 des gesetzesvertretenden Dekrets Nr. 196/2003 (Datenschutz – Vorschriften-sammlung):****Die oben angeführten Angaben sind von den geltenden Bestimmungen zum Zwecke des Verfahrens vorgeschrieben, für welches sie angefordert wurden und werden ausschließlich für diesen Zweck verwendet.**

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Datum: _____

Unterschrift: _____

(für minderjährige Unterschrift eines Elternteils)



VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

Indicare lo sport per il quale viene chiesta la visita di idoneità

Questa parte della scheda sanitaria è da compilare a cura dell'interessato stesso

Dati anagrafici

Nome, Cognome:

Nato il:

Via:

CAP:

Località:

Tel. casa:

Tel. lavoro:

Pratica sportiva

Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se sì, quali?

Quanto si allena? (ore/settimana)

Pratica altri sport (quali/quanto)?

Anamnesi familiare

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?

infarto sì no morte improvvisa sì no altro sì no

Anamnesi fisiologica

Ha avuto ricoveri in Ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti?
(cosa/quando?)

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)
(Barrare la casella che interessa; se risponde con "Sì, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

Capo, sistema nervoso

Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?

SI, attualmente

NO

IN PASSATO

Psiche

Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?

SI, attualmente

NO

IN PASSATO

Occhi

DISTURBI VISIVI

porta:

OCCHIALI

LENTI CONTATTO

Naso, seni paranasali

Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?

SI, attualmente

NO

IN PASSATO

Orecchie Otiti, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
Apparato respiratorio Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
Sistema cardiocircolatorio Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
Apparato digerente Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
Apparato uro-genitale Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
Cute, apparato locomotorio Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
Metabolismo Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
Per FEMMINE:		
attualmente in gravidanza?	Anomalie del ciclo mestruale?	Mestruazioni in atto?
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)		
Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario? (cosa/quando)		
Quanto alcool consuma?		
Superalcolici si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Vino si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Birra si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Se si <input type="checkbox"/> più di ½ lt. die si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> meno di ½ lt. die si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Fuma? si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> più di 6 sig. die si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> meno di 6 sig. die si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
Attualmente assume farmaci? (quali/quanto): _____		
In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali): I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati solo per tale scopo.		

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: _____

Firma: _____

(per i minorenni firma del genitore)