Spettabile
AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO
Comprensorio Sanitario di Brunico

An den
SANITÄTSBETRIEB BOZEN
Gesundheitsbezirk Bruneck

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA (D.M. 18.2.1982)

FORMULAR FÜR DIE ANFRAGE EINER SPORT-MEDIZINISCHEN VISITE FÜR DIE EIGNUNG ZU EINER WETTKÄMPFISCHEN SPORTART (M.D. 18.2.1982)

La Società Sportiva / Der Sportverein

Amateursportverein St. Lorenzen

affiliata a / angehörig dem

Federazione Sportiva Nazionale ☒ Nationalen Sportverein

Ente Sportivo riconosciuto ☒ anerkannten Sportverein

chiede per il proprio atleta / ersucht für den Athleten

nato a ..... / geboren in .....

..... il ..... / ..... am .....

residente a ..... / wohnhaft in .....

Via ..... / .....-Straße

n. ..... n. Tel. ..... / Nr. ..... Tel. Nr. .....

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

um eine sportmedizinische Visite und die Ausstellung der Eignungsbescheinigung zur Ausübung des wettkämpferischen Sportes

prima affiliazione ☐ erste Aufnahme

rinnovo ☐ Erneuerung

visita di controllo ai sensi dei punti d) ed e) all. 1 Tab. A - D.M. 18.2.82 ☐ Kontrollvisite laut Punkte d) und e) Anlage 1 Tab. A - M.D. 18.2.82

Si dichiara 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 .....

Firma del Presidente della Società - Unterschrift des Präsidenten des Vereins

Landesweiter Dienst für Sportmedizin – Gesundheitsbezirk Bruneck
Andreas Hofer Str. 25 | 39031 Bruneck
Tel. 0474 586280 | Fax 0474 586281
http://www.sabes.it | sportmedizin-bk@sabes.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Servizio Provinciale di medicina dello sport – comprensorio sanitario Brunico
Via Andreas Hofer, 25 | 39031 Brunico
Tel. 0474 586280 | Fax 0474 586281
http://www.sabes.it | sportmedizin-bk@sabes.it
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

AUTONOME PROVINZ BOZEN – SÜDTIROL | PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO – ALTO ADIGE
PROVINZIA AUTONOMA DE BULSAN – SUDTIROL

Südtiroler Sanitätsbetrieb | Azienda Sanitaria dell'Alto Adige
Azienda Sanitera de Sudtirol

GESUNDHEITSBEZIRK BRUNECK

Landesweiter Dienst für Sportmedizin

COMPRENSORIO SANITARIO DI BRUNICO

Servizio Provinciale di Medicina dello Sport

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) Herzkreislaufkrankungen die vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten sind, bekannt:

Herzinfarkt ja ☐ nein ☐ **Plötzlicher Herztod** ja ☐ nein ☐ **sonstige** ja ☐ nein ☐

Krankenheitsvorgeschichte

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, Trommellfellriß, 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, Herzmuskelentzündung, 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?	Zyklusstörungen?	Regelblutung derzeit?
JA	JA	JA
NEIN	NEIN	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?

JA	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!

Datum: _____ Unterschrift: _____

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)

Landesweiter Dienst für Sportmedizin – Gesundheitsbezirk Bruneck
Andreas-Hofer-Straße 25 | 39031 Bruneck
Tel. 0474 586280 | Fax 0474 586281
http://www.sabes.it | sportmedizin-bk@sabes.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Servizio Provinciale di medicina dello sport – comprensorio sanitario Brunico
Via Andreas Hofer, 25 | 39031 Brunico
Tel. 0474 586280 | Fax 0474 586281
http://www.sabes.it | sportmedizin-bk@sabes.it
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211