



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)

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?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
Atmungsorgane 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"/>
Herz- Kreislaufsystem 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"/>
Verdauungsorgane 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"/>
Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
Haut, Knochen, Gelenke Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
Stoffwechsel 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"/>
Bei FRAUEN:		
Schwangerschaft derzeit?	Zyklusstörungen?	Regelblutung derzeit?
<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"/>
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?		
<input type="text" value="JA"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Datum: _____

Unterschrift: _____

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)