



Südtiroler  
Sanitätsbetrieb  
Azienda Sanitaria  
dell'Alto Adige  
Azienda Sanitaria de Südtirol

Territorialer Bereich  
Betrieblicher Dienst für  
Sportmedizin

Area Territoriale  
Servizio Aziendale di  
Medicina dello Sport

**TAUGLICKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPFSPORTES**

Dieser Teil des Untersuchungsbogens ist vom Untersuchten selbst auszufüllen

**Personalien**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ dahheim: \_\_\_\_\_ 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) Herzkreislauferkrankungen die vor dem 50. Lebensjahr aufgetreten sind, bekannt:  
 Herzinfarkt ja  nein  plötzlicher Herztod ja  nein  sonstige ja  nein

**Krankheitsvorgeschichte**

Hatten Sie Krankenhaus- oder Heilstätten Behandlung, 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**  
 Schädlimverletzungen, inkl. Gehirnerschütterungen, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Migräne, häufiger Kopfschmerz, Anfall mit Bewusstlosigkeit, epileptische Anfälle, sonstige Erkrankungen?  
 JA, derzeit  JA, derzeit  NEIN  FRÜHER

**Psyche**  
 Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmungsgefühle, Panikattacken, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige?  
 JA, derzeit  JA, derzeit  NEIN  FRÜHER

**Augen**  
 FEHLSICHTIGKEIT  BRILLENTRÄGER  KONTAKTLINSEN

**Nase, Nasenbenhöhlen**  
 Heuschmupfen, häufiges Nasenbluten, Slim- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstige?  
 JA, derzeit  JA, derzeit  NEIN  FRÜHER

**Ohren**  
 Mittelohrentzündung, Trommelfellitis, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, sonstige?  
 JA, derzeit  JA, derzeit  NEIN  FRÜHER

**Atmungsorgane**  
 Tuberkulose, Lungenentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstige?  
 JA, derzeit  JA, derzeit  NEIN  FRÜHER

**Herz- Kreislaufsystem**  
 Herzfehler, Herzmuskelerkrankung, Enggefäß, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, erhöhter Blutdruck, Venenentzündung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstige?  
 JA, derzeit  JA, derzeit  NEIN  FRÜHER

**Verdauungsorgane**  
 Aufbläuen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?  
 JA, derzeit  JA, derzeit  NEIN  FRÜHER

**Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane**  
 Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?  
 JA, derzeit  JA, derzeit  NEIN  FRÜHER

**Haut, Knochen, Gelenke**  
 Gelenkerheumatismus, Hexenschuss, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?  
 JA, derzeit  JA, derzeit  NEIN  FRÜHER

**Stoffwechsel**  
 Über- / Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselestörungen, Anämie, sonstige?  
 JA, derzeit  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): \_\_\_\_\_  
 Rauchen Sie? (Art/Menge): \_\_\_\_\_  
 Welche Medikamente nehmen Sie (wieviel?): \_\_\_\_\_  
 Sind Sie bei früheren sportärztlichen Untersuchungen bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden?  
 JA  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](http://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 auch Unterschrift der Eltern - wenn Unterschrift von nur einem Elternteil, bestätigt dieser mit seiner Unterschrift, das Einverständnis auch des anderen Elternteils eingeholt zu haben)