

Spettabile
AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO
B O L Z A N O

An den
SANITÄTSBETRIEB BOZEN
B O Z E N

**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

ASC SCHENNA

SEKTION FUßBALL

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 wettkämpferi-
schen 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 com-
petente Federazione Sportiva Nazionale.

Man bescheinigt, dass die vom Athleten ausgeübte Sport-
art zu der wettkämpferischen Sportart gehört, laut Be-
stimmungen des zuständigen Nationalen Sportverbandes.

Data

Datum

Firma del Presidente della Società - Unterschrift des Präsidenten des Vereins



Azienda Sanitaria de Sudtirol

TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPFSPORTES

FUßBALL

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?		
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)