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
Territorium
Dienst für Sportmedizin

COMPRENSORIO SANITARIO DI BRUNICO
Territorio
Servizio di medicina dello sport

Tauglichkeitsuntersuchung zur Ausübung von Wettkampfsport

Nachname	**Vorname**	
Geburtsdatum	**Geburtsort**	
Wohnort	**Postleitzahl**	**Straße**
Beruf	**Telefon**	

Sind Sie bei früheren Untersuchungen bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden? ☐ Ja ☐ Nein

Erkrankungen in der Familie: (Familie bedeutet Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

1. Starb ein naher Verwandter unter 55 Jahren an Herzinfarkt oder plötzlichem Herztod?
   Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre ☐ Ja ☐ Nein
2. Liegt bei einem nahen Verwandten eine auffällige Herzkrankheit vor?
   Wenn ja, welche?_____ ☐ Ja ☐ Nein
3. Ist ein Familienmitglied zuckerkrank (Diabetes mellitus)?
   Wenn ja, wer? _____ In welchem Alter? _____ Jahre ☐ Ja ☐ Nein
4. Ist ein Schlaganfall in der Familie aufgetreten?
   Bei wem? _____ In welchem Alter? _____ Jahre ☐ Ja ☐ Nein

Frühere Erkrankungen

5. Haben, oder hatten Sie irgendwelche schwerwiegende Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, welche _____
6. Bisherige Operationen?
   ☐ Mandeloperation Wann? _____ ☐ Blinddarmoperation Wann? _____
   ☐ Leistenbruchoperation Wann? _____ ☐ Sonstige _____ Wann? _____
7. Unfälle/Knochenbrüche/Operationen an Gelenken? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, welche? _____ wann? _____

Aktuelle Krankheiten

8. Ist bei Ihnen eine Herzkrankheit bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, welche/seit wann? _____
9. Sind Ihnen sonstige Krankheiten bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
   Wenn ja, welche/seit wann? _____
10. Fühlen Sie sich zur Zeit krank? ☐ Ja ☐ Nein
    Wenn ja, welche Beschwerden haben Sie? _____

Spezielle Fragen

11. Hatten Sie in den letzten 2 Jahren:
    - Plötzliche Ohnmachten beim Sport (Kollaps)? Wenn ja, wann? _____ ☐ Ja ☐ Nein
    - Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport? Wenn ja, wann? _____ ☐ Ja ☐ Nein
    - Herzschmerzen beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ☐ Ja ☐ Nein
    - Herzstolpern beim und nach dem Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ☐ Ja ☐ Nein
    - Ungewöhnliche Luftnot beim Sport? Wenn ja, seit wann? _____ ☐ Ja ☐ Nein
    - Epileptische Anfälle? Wenn ja, seit wann? _____ ☐ Ja ☐ Nein
12. Besteht ein erhöhter Blutdruck? ☐ Ja ☐ Nein
    Wenn ja, seit wann? _____
13. Augen: Haben Sie irgendwelche Sehprobleme? ☐ Ja ☐ Nein
    ☐ Kontaktlinsen ☐ Brillenträger ☐ Andere _____
14. Hatten Sie Probleme mit Ihren Ohren? ☐ Ja ☐ Nein
    ☐ Mittelohrentzündung ☐ Trommelfellriss ☐ Ohrensausen ☐ Hörstörungen
15. Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Gelenken oder Wirbelsäule? ☐ Ja ☐ Nein
    Wenn ja, wo? _____

►►►►(siehe Rückseite)

Dienst für Sportmedizin
Leitender Arzt: Dr. Alex Mitterhofer
Andreas-Hofer-Straße 25 | 39031 Bruneck
Tel. 0474 586280 | Fax 0474 586281
http://www.sb-bruneck.it | sportmedizin@sb-bruneck.it
Firmenbezeichnung: Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen
St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Servizio di medicina dello sport ID: 478/14
Medico dirigente: Dr. Alex Mitterhofer
Via Andreas Hofer, 25 | 39031 Brunico
tel. 0474 586280 | fax 0474 586281
http://www.as-brunico.it | sportmedizin@sb-bruneck.it
Ragione soc.: Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano
Cod. fisc./P. IVA 00773750211

16. Fühlen Sie Unsicherheiten oder Angstzustände bei körperlicher Belastung? ☐ Ja ☐ Nein

17. Bei Frauen: Sind Sie schwanger? ☐ Ja ☐ Nein Zyklusstörungen? ☐ Ja ☐ Nein
Regelblutung derzeit? ☐ Ja ☐ Nein

18. Haben Sie momentan irgendwelche der folgenden Beschwerden? ☐ Ja ☐ Nein
☐ Schlafstörungen ☐ Appetitmangel / Gewichtsverlust
☐ Magendarmbeschwerden ☐ Beschwerden beim Wasserlassen
☐ Sonstiges _____

19. Leiden Sie unter Atembeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein
☐ Atemnot ☐ Husten ☐ Auswurf ☐ Heuschnupfen ☐ Asthma

20. Sind Ihnen Allergien bekannt? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____

21. Hatten Sie in den letzten 3 Wochen einen Infekt / Erkältung oder eine Grippe? ☐ Ja ☐ Nein

22. Haben Sie im Laufe des letzten Jahres Blutproben oder sonstige Untersuchungen durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, war dabei irgendetwas nicht in Ordnung?_____

Risikofaktoren

23. Bestehen bei Ihnen sogenannte Risikofaktoren?

Rauchen ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich: _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ Ja ☐ Nein
☐ Bier ☐ Wein ☐ Superalkoholika Gläser pro Tag _____ pro Woche _____

Trinken sie regelmäßig Kaffee? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wie viele Tassen pro Tag? _____
Fernsehkonsum/Computer pro Tag in Stunden? _____

Übergewicht ☐ Ja ☐ Nein
Fettstoffwechselstörung/erhöhtes Cholesterin ☐ Ja ☐ Nein
Zuckerkrankheit ☐ Ja ☐ Nein

Ernährung

24. Normale Hausmannskost ☐
Mediterrane Diät ☐
Spezialdiäten ☐ wenn ja, welche? _____
Nahrungsergänzungsmittel ☐ wenn ja, welche? _____

Bisherige Impfungen

25. ☐ Tetanus, zuletzt am _____ ☐ Tuberkulose ☐ Hepatitis ☐ A ☐ B
☐ Masern ☐ Röteln ☐ Keuchhusten
☐ Diphtherie ☐ Sonstige ☐ Pflichtimpfungen

Medikamente

26. Medikamenteneinnahme innerhalb des letzten Monats? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, welche? _____

Vorgeschichte zum Sport

	Sportart		von (Jahr)	bis (Jahr)	Trainingsstunden/Woche
Hauptsport:		☐regelmäßig ☐unregelmäßig			
Nebensport:		☐regelmäßig ☐unregelmäßig			

27. Bestand in der letzten Zeit eine Sportpause von mehr als zwei Wochen? ☐ Ja ☐ Nein
Wenn ja, wieso? _____

Datum: _____ Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen Unterschrift eines Elternteils)