



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?		
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? 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	NEIN	

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Datum: _____

Unterschrift: _____
(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)