



ANAMNESE-FORMULAR

Tauglichkeits-Untersuchung Ausübung des Wettkampfsportes

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Steuernummer: _____

Adresse (Strasse): _____

PLZ: _____ Wohnort: _____ Prov. _____

Tel. und Handynummer: _____

Sportart angeben: _____

Sportvereinzugehörigkeit: _____

SPORTLICHE BETÄTIGUNG

Haben oder hatten Sie Beschwerden bei Sportausübung? JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	plötzlicher Herztod ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	sonstige ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

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?	<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
Psyche Neigung zu Angstreaktionen, Beklemmungsgefühle, Panikattacken, Depressionen oder depressive Phasen, sonstige?	<input type="checkbox"/> JA, derzeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> FRÜHER
Augen	<input type="checkbox"/> KEINE FEHLSICHTIGKEIT	<input type="checkbox"/> BRILLENTRÄGER	<input type="checkbox"/> KONTAKTLINSEN



EUROPA CENTER

FISIOTERAPIA, MEDICINA E SPORT
PHYSIOTHERAPIE, MEDIZIN UND SPORT

Viale Druso-Drususallee 281/B – 39100 Bolzano-Bozen (BZ) – Tel. 0471 500682 – info@europacenter.it – www.europacenter.it

Nase, Nasenebenhöhlen Heuschnupfen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstige?	<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="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	<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"/>
Hatten Sie fieberhafte Erkrankungen in den letzten Monaten? (was/wann)			
Hatten oder haben Sie andere Krankheiten, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? (was/wann)			
Bei FRAUEN:			
Schwangerschaft derzeit?	<input type="text" value="JA"/>	Zyklusstörungen?	<input type="text" value="JA"/>
<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	Regelblutung derzeit?
			<input type="text" value="JA"/>
			<input type="text" value="NEIN"/>

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"/>
<input type="text" value="AUSSTEHEND"/> für weitere Untersuchungen/Tests im Jahr _____ aus folgenden Gründen _____

ZUSTIMMUNG UND PRIVACY-ERKLÄRUNG FOLGT





EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG für UNTERSUCHUNG und BELASTUNGSTEST

Mit meiner Unterschrift:

- erkläre ich, dass die von mir abgegebenen Angaben über meinen psychophysischen Zustand und meine Krankheitsgeschichte (bzw. der meiner Tochter/meines Sohnes) richtig und vollständig sind; hierfür übernehme ich persönliche Verantwortung und bin mir der möglichen Strafe – der Ungültigkeit des ärztlichen Attests zur Teilnahme am Leistungssport – bewusst;
- verpflichte ich mich, keine illegalen Drogen einzunehmen, und bestätige, über die Gefahren von Tabakkonsum, Dopingmitteln und Alkoholmissbrauch informiert zu sein. Ich erkläre weiterhin, eventuellen gesetzlich vorgesehenen Antidoping-Kontrollen zuzustimmen;
- erkläre ich, der ärztlichen Untersuchung (meiner Tochter/meines Sohnes im Falle einer Unterschrift für minderjährige Kinder) und den Überprüfungen im Sinne des Ministerialdekretes 18/2/82 sowie den eventuell notwendigen nicht invasiven Untersuchungen zuzustimmen.

Ich erkläre, das in Folge beschriebene Verfahren für die Ausstellung des beantragten Attests gelesen und zur Kenntnis genommen zu haben:

- Abgabe einer Urinprobe
- Aufnahme anthropometrischer Maße (Körpergröße und Gewicht) und Sehtest für die Sehschärfermittlung
- Anwesenheit eines Elternteils bei minderjährigen Kindern (soweit notwendig)
- Aufnahme der persönlichen Anamnese (Krankheitsgeschichte)
- Durchführung eines Grund-EKGs
- spirometrische Untersuchung
- eventuelle ergänzende Untersuchungen (soweit vom jeweiligen Protokoll vorgesehen)
- Belastungs-EKG: Stufentest, wenn vom Prüfungsprotokoll vorgesehen, bzw. Zyκλοergometer-Test auf FC MAX für beantragende Master-Sportler gemäß COCIS 2009 und für Sportler über 35 Jahren.

Im Rahmen dieser Untersuchung können Schmerzen im Brustbereich, Atmungsschwierigkeiten, Herzpalpitation und Synkopen auftreten. Die Untersuchung findet unter ärztlicher Aufsicht statt. Erkläre, über die Gründe informiert worden zu sein, die diese Untersuchung erforderlich macht. Erkläre weiters, über eventuelle Risiken aufgeklärt worden zu sein, die sich im Laufe oder als Folge der Untersuchung einstellen können.

Datum: _____ Unterschrift: _____ Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen ist **die Unterschrift beider Elternteile erforderlich** - wenn Unterschrift von nur einem Elternteil, **bestätigt dieser mit seiner Unterschrift, das Einverständnis auch des anderen Elternteils eingeholt zu haben**)

Informationsblatt gemäß Art. 13 der EU-Verordnung 679/16 über die Behandlung persönlicher Daten

1. Unter persönliche Daten im Sinne dieses Informationsblattes verstehen sich folgende:
 - Gesundheitsdaten, die im Rahmen unserer Gesundheitsleistungen für Sie erhoben worden sind;
 - Gesundheitsdaten, die für die Bewertung gemäß der Ministerialdekrete 18/02/82 und 4/03/93 vorgesehen sind;
 - Anagrafische Daten und Adresse für Buchhaltungszwecke.
2. Wir erheben die Daten ausschließlich zur Erfüllung der Vorschriften der o.g. Dekrete sowie des Landesgesetzes 1/92.
3. Die Daten werden in die Patientenakte eingetragen, die von uns gemäß den Bestimmungen der EU-Verordnung 679/2016 aufbewahrt und geschützt wird.
4. Die Daten werden ohne klinische Diagnose dem Sanitätsbetrieb Bozen und der Abteilung Gesundheitswesen der Autonomen Provinz Bozen mitgeteilt.
5. Wir erinnern gemäß Art. 15 EU-Verordnung 679/2016 an Ihre Rechte bezüglich der Behandlung persönlicher Daten.
6. Der Verantwortliche für die Behandlung persönlicher Daten ist Herr Dr. Mario Endrizzi. Datenschutzbeauftragter (Data Protection Officer) ist Anwalt Francesco Marini, mit Sitz in Bozen, Obstplatz 37, T. +39 0471 973796, mail: info@studiolegalemarini.eu
7. Ohne die Zustimmung ist die Ausstellung des Attests im Sinne der o.g. Gesetzdekrete nicht möglich.

Mit meiner Unterschrift stimme ich der Behandlung persönlichen Daten im Sinne und gemäß der o.g. Zwecke und im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zu.

Datum: _____ Unterschrift: _____ Unterschrift: _____
(bei Minderjährigen ist **die Unterschrift beider Elternteile erforderlich** - wenn Unterschrift von nur einem Elternteil, **bestätigt dieser mit seiner Unterschrift, das Einverständnis auch des anderen Elternteils eingeholt zu haben**)