

Visite vormerken 0471-435630

ALL' AZIENDA SPECIALE  
UNITA' SANITARIA LOCALE CENTRO-SUD  
BOLZANO

AN DEN SONDERBETRIEB  
SANITÄTSEINHEIT MITTE-SÜD  
BOZEN

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA  
MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA'  
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 Amateursportverein  
Der Sportverein

Roenstrasse 12  
39100 BOZEN

SSU BOZEN

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 .....

residente a .....

wohnhaf 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 wett-  
kämpferischen 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 competente Federazione Sportiva Nazionale.

Man bescheinigt, daß die vom Athleten ausgeübte  
Sportart zu der wettkämpferischen Sportart gehört,  
laut Bestimmungen des zuständigen Nationalen Sport-  
verbandes.

Data .....

Datum .....

Firma del Presidente della Società ..... Unterschrift des Präsidenten des Vereins

Südtiroler Sportverein Bozen  
Amateursportverein - ONLUS  
Roenstraße 12  
39100 BOZEN



### 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

<b>Ohren</b> Mittelohrentzündung, Trommelfellriß, Ohrensausen, Schwindel, Hörstörung, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Atmungsorgane</b> 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"/>
<b>Herz- Kreislaufsystem</b> 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"/>
<b>Verdauungsorgane</b> 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"/>
<b>Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane</b> Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Haut, Knochen, Gelenke</b> Gelenkrheumatismus, Hexenschuß, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?		
<input type="text" value="JA, derzeit"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="FRÜHER"/>
<b>Stoffwechsel</b> 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"/>
<b>Bei FRAUEN:</b>		
<b>Schwangerschaft derzeit?</b>	<b>Zyklusstörungen?</b>	<b>Regelblutung derzeit?</b>
<input type="text" value="JA"/>	<input type="text" value="JA"/>	<input type="text" value="JA"/>
<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	<input type="text" value="NEIN"/>
<b>Hatten Sie fieberhafte Erkrankungen in den letzten Monaten? (was/wann)</b>		
<b>Hatten oder haben Sie andere Krankheiten, nach denen nicht ausdrücklich gefragt wurde? (was/wann)</b>		
<b>Wieviel Alkohol trinken Sie? (Art/Menge):</b> _____		
<b>Rauchen Sie? (Art/Menge):</b> _____		
<b>Welche Medikamente nehmen Sie (wieviel?):</b> _____		
<b>Sind Sie bei früheren sportärztlichen Untersuchungen bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden?</b>		
<input type="text" value="JA"/>	<input type="text" value="NEIN"/>	

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)



### VISITA DI IDONEITÀ ALLA PRATICA AGONISTICA DELLO SPORT

Indicare lo sport per il quale viene chiesta la visita di idoneità

Questa parte della scheda sanitaria è da compilare a cura dell'interessato stesso

#### Dati anagrafici

Nome, Cognome: \_\_\_\_\_ Nato: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Località: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ casa: \_\_\_\_\_ Lavoro: \_\_\_\_\_

#### Pratica sportiva

Accusa o accusava disturbi durante l'attività sportiva? Se sì, quali?
Quanto si allena? (ore/settimana)
Pratica altri sport (quali/quanto)?

#### Anamnesi familiare

Nella sua famiglia (genitori, fratelli, nonni) ci sono casi di malattie di cuore prima dei 50 anni di età?

infarto sì  no  morte improvvisa sì  no  altro sì  no

#### Anamnesi fisiologica

Ha avuto ricoveri in Ospedale o in casa di cura, interventi chirurgici, traumi importanti o incidenti? (cosa/quando?)

Ha o ha avuto malattie o disturbi dei seguenti organi o sistemi funzionali? (cosa/quando?)  
(Barrare la casella che interessa; se risponde con "Sì, attualmente" o "IN PASSATO", indicare la patologia)

<b>Capo, sistema nervoso</b> Traumi cranici, incl. commozione cerebrale, vertigini, disturbi dell'equilibrio, emicrania, cefalea recidivante, perdite di coscienza, crisi convulsive, altre malattie?	<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Psiche</b> Stati d'ansia, claustrofobia, attacchi di panico, depressioni o fasi depressive, altre?	<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Occhi</b>	<input type="checkbox"/> DISTURBI VISIVI	porta: <input type="checkbox"/> OCCHIALI	<input type="checkbox"/> LENTI CONTATTO
<b>Naso, seni paranasali</b> Febbre da fieno, epistassi frequente, sinusiti, altro?	<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO

<b>Orecchie</b> Otitis, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Apparato respiratorio</b> Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Sistema cardiocircolatorio</b> Anomalie cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Apparato digerente</b> Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Apparato uro-genitale</b> Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Cute, apparato locomotorio</b> Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Metabolismo</b> Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?		
<input type="checkbox"/> SI, attualmente	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> IN PASSATO
<b>Per FEMMINE:</b>		
<b>attualmente in gravidanza?</b>	<b>Anomalie del ciclo mestruale?</b>	<b>Mestruazioni in atto?</b>
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> SI
<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NO
Ha avuto malattie febbrili negli ultimi mesi? (cosa/quando)		
Ha o ha avuto altre malattie non specificamente elencate in questo questionario? (cosa/quando)		
Quanto alcool consuma? (cosa/quanto): _____		
Fuma? (cosa/quanto): _____		
Attualmente assume farmaci? (quali/quanto): _____		
In passato è già stato dichiarato una volta NON IDONEO all'attività agonistica?		
<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	

**Con la mia firma dò il consenso al trattamento sanitario riguardo la visita medica e tutti gli accertamenti previsti. Sono informato che la modalità dello svolgimento della visita si può visionare al sito [www.sabes.it](http://www.sabes.it) oppure rivolgendomi direttamente al Servizio di Medicina dello Sport dell' Azienda Sanitaria**

Per chiarimenti si rivolga al medico!

Data: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
(per i minorenni firma del genitore)