

Spettabile
AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO
BOLZANO

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA
MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ
ALLA PRATICA AGONISTICA
(D.M. 18.2.1982)**

An den
SANITÄTSBETRIEB BOZEN

Vormerkung: **MO - FR 09.00-13.00 Uhr**

Tel: **0473-100100** Email: **vormerkungen@sabes.it**

**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

SPORTCLUB MERAN Amateursportverein

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

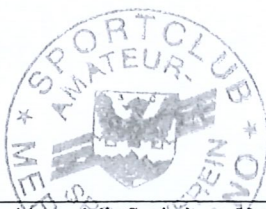
☐ Kontrollvisite laut
Punkte d) und e) Anlage 1 Tab. A - M.D. 18.2.82

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

Karl Freund

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

Hai 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)

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

Orecchie				
Cititi, perforazione del timpano, ronzii, vertigini, ipoacusia	☐ SI, attualmente	☐ NO	☐ IN PASSATO	
Apparato respiratorio				
Tubercolosi, polmonite, asma, bronchite cronica, dispnea dopo sforzi lievi o da aria fredda, altre?	☐ SI, attualmente	☐ NO	☐ IN PASSATO	
Sistema cardiocircolatorio				
Anomalia cardiache congenite, miocardite, angina pectoris, dolori toracici, aritmie, ipertensione arteriosa, flebiti, arteriopatie periferiche, altro?	☐ SI, attualmente	☐ NO	☐ IN PASSATO	
Apparato digerente				
Dispepsia, reflusso e bruciore gastrico, ulcera gastrica, ulcera duodenale, coliche, ernie inguinali, altro?	☐ SI, attualmente	☐ NO	☐ IN PASSATO	
Apparato uro-genitale				
Nefriti, pieliti, cistiti, calcoli renali, altro?	☐ SI, attualmente	☐ NO	☐ IN PASSATO	
Cute, apparato locomotorio				
Reumatismo articolare, lombalgia, sciatalgia, ernie del disco, lussazioni, fratture, altro?	☐ SI, attualmente	☐ NO	☐ IN PASSATO	
Metabolismo				
Ipo- o ipertiroidismo, gotta, diabete mellito, ipercolesterolemia, altre dislipidemie, anemie, altro?	☐ SI, attualmente	☐ NO	☐ IN PASSATO	
Per FEMMINE:				
attualmente in gravidanza?	☐ SI	☐ NO		
Anomalie del ciclo mestruale?	☐ SI	☐ NO		
Mestruazioni in atto?	☐ SI	☐ 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?	☐ SI	☐ 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 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)



Südtiroler
Sanitätsbetrieb

Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige

Territorialer Bereich
Landesweiter Dienst für
Sportmedizin

Area Territoriale
Servizio Provinciale di
Medicina dello Sport

TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPFSPORTES

Sportart, für welche die Eignungsuntersuchung verlangt wird, angeben
Dieser Teil des Untersuchungs Bogens ist vom Untersuchten selbst auszufüllen

Personalien

Name, Vorname :	Geboren:
Straße:	
PLZ:	Wohnort:
Teil:	dahelml:
	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) Herzkreislauferkrankungen 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 Fehlslichtigkeit Brillenträger Kontaktlinsen	FEHLSLICHTIGKEIT ☐	BRILLENTRÄGER ☐	KONTAKTLINSEN ☐
Nase, Nasennebenhöhlen Heuschnupfen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kieferhöhlenentzündungen, sonstige?	JA, derzeit ☐	NEIN ☐	FRÜHER ☐

Ohren Mittelohrentzündung, Trommelfeinfall, 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, Herzrhythmusstörungen, Enggeföhl, 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 Gelenkheumatismus, 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 ☐ NEIN ☐	JA ☐ NEIN ☐	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 ☐	

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)