

Spettabile  
AZIENDA SANITARIA DI BOLZANO  
BOLZANO

An den  
SANITÄTSBETRIEB BOZEN  
BOZEN Vormerkung: *MO - FR 09.00-13.00 Uhr*  
Tel: 0471-435630 Email: medsportBZ@sabes.it

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA  
MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ  
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      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 wettkämpferischen Sportes

prima affiliazione  erste Aufnahme

rinnovo  Erneuerung

visita di controllo ai sensi  Kontrollvisite laut  
dei punti d) ed e) all. 1 Tab. A - D.M. 18.2.82      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 Sportverbandes.

Data .....

Datum .....



Firma del Presidente della Società - Unterschrift des Präsidenten des Vereins

**Karl Freund**

TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPSPORTES

Soziale, für welche die Eignungsuntersuchung verlangt wird, angeben  
 Dieser Teil des Untersuchungsboogens ist vom Untersuchten selbst auszufüllen

Personalien

Name, Vorname:

Geboren:

Straße:

Wohnort:

PLZ:

Aberl:

Tel.:

dabei:

Sportliche Betätigung

Haben oder hatten Sie Beschwerden bei Sportausübung? Wenn ja, welcher?

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 Heilanstaltenbehandlung, Operationen, größere Verletzungen oder Unfälle? (was/wann?)

Haben oder hatten Sie Erkrankungen folgender Organe oder Körperfunktionen? (was/wann)  
 (Zuweisendes ankreuzen; wenn sie mit „JA“ derzeit oder „FRÜHER“ antworten, Pathologie angeben)

Kopf/Gehirn, Nervensystem  
 Schlädelhirnverletzungen, Inkt, 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, sonstiger?

JA derzeit

NEIN

FRÜHER

Augen

FEHLSICHTIGKEIT

BRILLENTRAGER

KONTAKTLINSEN

Nase, Nasennebenhöhlen

JA derzeit

NEIN

FRÜHER

Hauschnupfen, häufiges Nasenbluten, Stirn- und Kielemhöhlenentzündungen, sonstiger?

Ohren

Mittelohrentzündung, Trommelfellinf., Ohrenausfluss, Schwindel, Hörstörung, sonstige?

JA derzeit

NEIN

FRÜHER

Atemungsorgane

Tuberkulose, Lungentzündung, Asthma, chronische Bronchitis, Atemnot durch leichte Anstrengung oder kalte Luft, sonstige?

JA derzeit

NEIN

FRÜHER

Herz-Kreislaufsystem

Herzfehler, Herzkreislauferkrankung, Engigkeit, Schmerz im Brustkorb, Herzrhythmusstörung, einblöher  
 Bluthochdruck, Venenstauung, arterielle Durchblutungsstörung, sonstige?

JA derzeit

NEIN

FRÜHER

Verdauungsorgane

Ausstoßen oder Sodbrennen, Magen- oder Zwölfingerdarmgeschwüre, Koliken, Leistenbrüche, sonstige?

JA derzeit

NEIN

FRÜHER

Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane

Nierenentzündungen, Nierenbecken- oder Blasenentzündung, Nierensteine, sonstige?

JA derzeit

NEIN

FRÜHER

Haut, Knochen, Gelenke

Gelenkneumalosen, Hexenschuss, Bandscheibenschäden, Luxationen, Knochenbrüche, sonstige?

JA derzeit

NEIN

FRÜHER

Schwächsel

Über-/Unterfunktion der Schilddrüse, Gicht, Zuckerkrankheit, Fettstoffwechselstörungen, Adhäre, sonstige?

JA derzeit

NEIN

FRÜHER

Bei FRAUEN:

Schwangerschaft derzeit?

JA

NEIN

FRÜHER

Zyklusstörungen?

JA

NEIN

NEIN

Regelmäßigkeit derzeit?

JA

NEIN

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? (Achtelmenge):

Rauchen Sie? (Achtelmenge):

Welche Medikamente nehmen Sie (wieviele)?:

Sind Sie bei früheren sportärztlichen Untersuchungen bereits einmal für NICHT TAUGLICH erklärt worden?

JA

NEIN

Mit Unterschrift oder 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.sanitas.it](http://www.sanitas.it) bzw. direkt beim Dienst für Sportmedizin des Sanitätsbetriebs einholen zu können.

Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an den Arzt!

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
 (für minderjährige Unterschrift eines Elternteils)

COVID-19 ANAMNESE

Name, Vorname : \_\_\_\_\_ Geboren: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ daheim: \_\_\_\_\_ Arbeit: \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie in den **letzten 14 Tagen SYMPTOME** einer COVID-19 Erkrankung?

**HAUPTSYMPTOME**

- Fieber > 37,5°C ja  wann..... nein
- Husten ja  wann..... nein
- Kurzatmigkeit ja  wann..... nein

**NEBENSYMPTOME**

- Müdigkeit/Abgeschlagenheit ja  wann..... nein
- Halsschmerzen ja  wann..... nein
- Kopfschmerzen ja  wann..... nein
- Muskelschmerzen ja  wann..... nein
- Verstopfte Nase ja  wann..... nein

**COVID Impfung** ja  wann \_\_\_\_\_ nein

1.Dosis .....

2.Dosis .....

3.Dosis (Booster) .....

Hatten Sie COVID in den letzten 180 Tagen?  
 ja  von.....bis..... nein

Ich erkläre, vom untersuchenden Facharzt für Sportmedizin auch über die Langzeitfolgen einer SARS-CoV-2 Infektion aufgeklärt worden zu sein. Im Sinne des Gesundheitsschutzes werde ich einen eventuellen positiven COVID-19 Test (auch ohne Symptome) oder das Vorhandensein von typischen Symptomen (wie unter anderem Fieber > 37,5°C, Husten, Abgeschlagenheit, Atemnot, Muskelschmerzen, Durchfall, Geruchsverlust, Geschmacksverlust), welche nach der heutigen Visite auftreten, außer meinem Hausarzt bzw. Kinderarzt, auch dem Vereinsarzt/Verbandsarzt, dem Facharzt für Sportmedizin, welcher das Zeugnis für die Wettkampfeignung ausgestellt hat, melden.

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

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

(für Minderjährige Unterschrift eines Elternteils)

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG**  
für SARS-CoV-2 Antigen Schnelltest

**CONSENSO INFORMATO**  
per test rapido antigeno SARS-CoV-2

Der/die Unterfertigte

Il/la sottoscritto/a

Zuname

Cognome

Vorname

Nome

Geb.datum

Data nascita

Tel. Nr.

Tel. Nr.

email

email

gibt die Einwilligung, die vorgeschlagene Untersuchung durchführen zu lassen.  
 Erklärt, über die Gründe informiert worden zu sein, die diese Untersuchung erforderlich machen.  
 Erklärt weiters, über eventuelle Risiken und Folgen aufgeklärt worden zu sein, die sich im Laufe oder als Folge der Untersuchung einstellen können.

consente di sottoporsi all'accertamento proposto.  
 Dichiaro di essere stato informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento.  
 Dichiaro altresì di essere stato informato sulla natura di eventuali rischi e conseguenze che possono verificarsi durante la sua effettuazione o in conseguenza di esso.

Ort und Datum:

Luogo e Data:

Unterschrift  
(für Minderjährige Unterschrift der Eltern)

Firma  
(per i minorenni firma del genitore)

Unterschrift des Arztes

Firma del medico

Claudia de Medici Str. 2 39100 Bozen (Italy)  
 Tel. +39 0471 435 630 – Fax +39 0471 435 650  
 http://www.sabes.it | medsportBZ@sabes.it

Via Claudia de Medici 2 39100 Bolzano (Italy)  
 Tel. +39 0471 435 630 – Fax +39 0471 435 650  
 http://www.sabes.it | medsportBZ@sabes.it

**Firmenbezeichnung:**  
 Sanitätsbetrieb der Autonomen Provinz Bozen  
 Steuernummer/MwSt.-Nr. 00773750211

**Ragione sociale:**  
 Azienda Sanitaria della Provincia Autonoma di Bolzano  
 Cod. fisc./P. IVA 00773750211