



**TAUGLICHKEITS-UNTERSUCHUNG ZUR AUSÜBUNG DES WETTKAMPFSPORTES**

**YOSEIKAN BUDO - KAMPFKUNST - SV LANA ASV**

*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)