

Allgemeine Daten

Nachname _____ Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich Geburtsdatum _____

Adresse _____

Wohnort _____ E-Mail _____

Tel. _____ Mobil _____

Angaben zur Mitgliedschaft

Kadermitglied Mitglied in VlbG. Sportverein

unter 19 Jahre über 19 Jahre

Falls Kadermitglied/Vereinsmitglied, bitte vom Fachverband/Verein bestätigen lassen:

Hiermit bestätigt der _____ (Fachverband/Verein),

dass _____ Mitglied des Vorarlberger Auswahlkaders/Vereins ist.

Ort, Datum

für den Fachverband/Verein (Unterschrift, Stempel)

Diese Bestätigung ist Voraussetzung für einen durch das Land Vorarlberg geförderten Tarif einer „Sportmedizinischen Untersuchung“ bzw. einer „Leistungsdiagnostischen Untersuchung“.

Auswahl der Untersuchung bzw. des Tarifes

Sport-Basisuntersuchung für Mitglied in Sportverein

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bis 19 Jahre | <input type="checkbox"/> über 19 Jahre |
| Selbstbehalt: 15,- € | Selbstbehalt: 22,- € |
| Beitrag Land: 18,- € | Beitrag Land: 11,- € |
-

Sportmed. Klinische Untersuchung für Kadermitglied

- Selbstbehalt: 25,- €
Beitrag des Landes: 30,- €
-

Leistungsdiagnostische Untersuchung für Kadermitglied

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> bis 19 Jahre | <input type="checkbox"/> über 19 Jahre |
| Selbstbehalt: 50,- € | Selbstbehalt: 75,- € |
| Beitrag Land: 160,- € | Beitrag Land: 135,- € |
-

Leistungsdiagnostische Untersuchung für Mitglied in Sportverein

- Selbstbehalt: 140,- €
Beitrag des Landes: 70,- €
-

Detaillierte Informationen zu den einzelnen Untersuchungen entnehmen Sie bitte dem beiliegenden Informationsblatt.

Vom Arzt auszufüllen und beide Seiten an das Sportservice Vorarlberg bezüglich Verrechnung des Beitrages des Landes zu senden.

Bitte beachten Sie, dass nur ein vollständig ausgefülltes Formular bearbeitet wird.
Selbstbehalt bitte direkt vom zu Untersuchenden kassieren.

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Ort, Datum

Name und Adresse/Stempel des Arztes

Sehr geehrter Sportinteressierte/r!

Die Untersuchungen können nur dann die von ihnen gewünschten Informationen bringen, wenn Sie uns über alle Ihnen bekannten gesundheitlichen Probleme informieren. Wir ersuchen Sie daher den Fragebogen so genau wie möglich auszufüllen. Bei Bedarf stehen wir Ihnen gerne helfend zur Verfügung. Selbstverständlich werden alle Angaben vertraulich behandelt.

Bei Minderjährigen ist der Fragebogen von den Erziehungsberechtigten auszufüllen!

- | | JA | NEIN |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Haben oder hatten Sie in letzter Zeit körperliche Beschwerden?
Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Waren Sie jemals in einem Spital stationär aufgenommen?
Wann, Warum? _____; _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Hatten Sie jemals eine Operation?
Wann, Welche? _____; _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Haben Sie Vorerkrankungen (Bluthochdruck, Krebs, Herz, Lunge, Epilepsie, Psyche...)?
Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Sind Sie bei körperlicher Belastung jemals bewusstlos geworden? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie manchmal Schmerzen in der Brust, wenn Sie sich belasten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie manchmal ungewöhnlich starke Atemnot bei Belastung? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie je bei einer Untersuchung ein Geräusch über dem Herz? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie manchmal Extraschläge oder Herzrasen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Bestehen in Ihrer Familie Erkrankungen (Herz/Kreislauf, Krebs, Erbkrankheiten...)?
Welche, Wer? _____. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Ist jemand in Ihrer Familie/Verwandtschaft jung verstorben (jünger als 40 J.)?
Wer, Woran? _____; _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Haben Sie jemals eine Verletzung! Bänderrisse; Knochenbrüche,...) erlitten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Leiden Sie an einer Allergie?
Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Rauchen Sie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Trinken Sie Alkohol? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Essen Sie eine spezielle Diät (vegetarisch, makrobiotisch, Trennkost...)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Haben Sie eine Fehlsichtigkeit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Haben Sie eine Hörschwäche? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Leiden Sie unter Schlaflosigkeit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Leiden Sie häufig unter Kopfschmerzen (öfter als 1x pro Woche)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Bestehen Probleme beim Harnlassen oder beim Stuhlgang?
Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel (Vitamine, Proteine, Mineralstoffe,...)
Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Bei Kindern: Sind alle Impfungen vorgenommen?
(Routineimpfungen It. Gesundheitspass)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Bei Frauen: Bestehen Erkrankungen im gynäkologischen Bereich?
Welche? _____ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Hiermit erkläre ich, dass ich mich freiwillig und aus eigenem Ermessen einer medizinischen Untersuchung incl. Leistungstest - durchgeführt durch den Sportservice Vorarlberg - unterziehe. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass dem Sportservice Vorarlberg - Im Falle aus dem Test entstandener gesundheitlicher Schäden - keine rechtlichen Folgen entstehen.

Datum:

Unterschrift:

Bei Minderjährigen Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Informationsblatt Sportmedizin

Die Sportmedizin ist ein entscheidender Faktor für die Entwicklung und Steuerung der sportlichen Leistungsfähigkeit. Regelmäßige sportmedizinische Untersuchungen sind für Leistungs- und SpitzensportlerInnen, für NachwuchssportlerInnen, die gezielt aufgebaut werden, unabdingbar, aber auch für GesundheitssportlerInnen von großer Bedeutung. Es können sportliche Leistungen gesteigert und Sportverletzungen verhindert werden. Überbeanspruchungen und gesundheitsgefährdenden Entwicklungen wird vorgebeugt.

Sport-Basisuntersuchung

Zielgruppe sind vor allem Kinder und Jugendliche, die regelmäßig Sport betreiben. Es handelt sich um eine überwiegend organische Untersuchung mit einer Atemfunktionsmessung, Blutbild- und Harnanalyse sowie um ein Beratungsgespräch.

Die Sport-Basisuntersuchung kann bei allen niedergelassenen Ärzten durchgeführt werden.

Sportmedizinisch-klinische Untersuchung

Zielgruppe sind LeistungssportlerInnen mit hohen Belastungen des Bewegungsapparates oder die eine Herzkreislaufdiagnostik ohne Belastungstest wünschen. Der Inhalt der Untersuchung ist entweder eine orthopädische Untersuchung des gesamten Bewegungsapparates oder die klinische Untersuchung des Herz-Kreislaufsystems mit Elektrokardiogramm und Atemfunktionsanalyse sowie eine Blutbild- und Harnanalyse. Komplettiert wird das Angebot durch ein ausführliches Beratungsgespräch.

Für die sportmedizinisch-klinische Untersuchung wird die Bestätigung des Vereines bzw. Verbandes und des Sportservice Vorarlberg benötigt.

Leistungsdiagnostische Untersuchung

Zielgruppe sind SportlerInnen, die ihre Leistungsfähigkeit prüfen möchten und Trainingsempfehlungen wünschen - vom Hobbysportler bis zum Kaderathlet. Dieses Angebot umfasst einerseits die sportmedizinisch-klinische Untersuchung, und weiters eine spezielle Trainingsanamnese, eine leistungsdiagnostische Untersuchung (Stufentest auf dem Fahrrad oder Laufband), ein sportmedizinisches Beratungsgespräch und eine ausführliche Trainingsempfehlung.