

JUGENDLICHE bis 18. Lj.

STAMMDATENBLATT

UNTERSUCHUNGSDATUM:.....

Sehr geehrte Sportlerin/ Sportler, sehr geehrte Schülerin/Schüler!

Wir freuen uns, Dich bei uns begrüßen zu dürfen. Aus rechtlichen Gründen und um die Untersuchung in unserem Institut möglichst effizient abwickeln zu können, bitten wir um Unterschrift der Zustimmungserklärung durch einen Erziehungsberechtigten. Weiters bitte die folgenden 2 Seiten vor der Untersuchung ausfüllen, die Angaben dienen als Basis für ein ärztliches Gespräch. Alle Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

DATEN der oder des JUGENDLICHEN:

Name: Adresse (PLZ und Ort)

Adresse: (Strasse, HausNr):.....Telefon / Mobil / e-mail:.....

Sozialversicherungs-Nr./Geb.-Datum: ____ / ____ Krankenkasse:

Beruf: Hausarzt:

Sportart: Verein:

DATEN der oder des VERSICHERTEN

Name: Adresse (PLZ und Ort)

Adresse (Strasse, HausNr): Tel. Erreichbarkeit untertags.....

Sozialversicherungs-Nr./Geb.-Datum: ____ / ____ Krankenkasse:

Zustimmungserklärungen des Erziehungsberechtigten (bitte bei einzelnen Punkten JA oder NEIN markieren und dann unterschreiben)

JA / NEIN Ich bestätige die Richtigkeit der oben angegebenen Daten.

JA / NEIN Ich bin damit einverstanden, dass bei meinem Sohn/Tochter die sportmedizinische Untersuchung, wie am *Informationsblatt auf Seite 4* beschrieben, inklusive Herz-Kreislauf-Belastungstest und ggf. Blutabnahme, durchgeführt wird, außer im Laufe der Untersuchung stellt sich heraus, dass er/sie aus gesundheitlichen Gründen nicht dazu geeignet ist.

JA / NEIN Ich erkläre, dass ich die in der Tarifliste „**Gebühreninformation gem. § 45(1) NÖ KAG**“ auf Seite 5 markierten Leistungen zu den dort aufgelisteten Tarifen auf persönlichen Wunsch beanspruche. Mir ist bewusst, dass diese Leistung mit meiner Krankenversicherung nicht verrechenbar ist und ich selbst für die Kosten aufzukommen habe. Für die eventuelle Verrechnung mit dem Schule/Verein/Elternverein ist das Institut für Präventiv- und angewandte Sportmedizin nicht verantwortlich.

JA / NEIN Ich erkläre mich ausdrücklich damit einverstanden, dass die Untersuchungsergebnisse / Leistungsdiagnostischen Daten (nicht zutreffendes bitte streichen) / an Verein, Trainer, Schule übermittelt werden.

Datum **Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:**

Du hast von unserem Institut erfahren durch

- Bekannte/Freunde Verein/Trainer Schule

Bitte wenden

Fragen zu Gesundheit und Lebensstil

Wenn Du Fragen mit **JA** beantwortest, gib bitte genauere Angaben auf Seite 3

- 1. Was ist der Grund für diese Untersuchung?
.....
- 2. Hast Du in letzter Zeit körperliche Beschwerden?
 JA (bitte nähere Angaben Seite 3) NEIN
- 3. Musstest Du schon einmal im Spital schlafen?
 JA (bitte nähere Angaben Seite 3) NEIN
- 4. Hattest Du jemals eine Operation?
 JA (bitte nähere Angaben Seite 3) NEIN
- 5. Bist Du bei körperlicher Anstrengung je bewusstlos geworden? JA NEIN
Hast Du Beschwerden bei körperlicher Belastung, wie...
 - Schwindel? JA NEIN
 - Schmerzen in der Brust? JA NEIN
 - Ungewöhnlich starke Atemnot? JA NEIN
 - Extraschläge / Herzrasen? JA NEINHattest Du je bei einer Untersuchung ein Geräusch über dem Herz? JA NEIN
Ist jemand in Deiner Familie/Verwandtschaft jung verstorben (jünger als 40 J.)? JA NEIN
- 6. Hattest Du jemals eine Kopfverletzung? JA NEIN
Bewusstlosigkeit nach Sturz/Unfall? JA NEIN
Hattest Du jemals einen epileptischen Anfall?
 JA NEIN
- 7. Hast oder hattest Du jemals Krankheiten an folgenden Organen:
 - Diabetes (Zuckerkrankheit)
 Ich bin wegen Diabetes in Behandlung
 - Hoher Blutdruck (höher als 135/85 mmHg)
 Ich bin wegen Bluthochdruck in Behandlung
 - Herz (Rhythmusstörungen, Herzklappen, etc)
 - Kopf / Gehirn (häufig Kopfschmerzen, Migräne, etc)
 - Atemwege, Lunge (auch Asthma)
 - Schilddrüse
 - Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse)
 - Gelenke (auch Rheuma)
 - Niere / Harnwege / Geschlechtsorgane
 - Psyche
 - Sonstige:.....

- 8. Hattest Du jemals schwere Verletzungen (Knochenbrüche, Verrenkungen, Operationen) an:
 - Kopf, Hals, Schultergürtel (inkl. Schlüsselbeinen)
 - Händen, Handgelenken, Ellbogen,
 - Ober-/ Unterarmen
 - Wirbelsäule, Rippen, Rücken, Brust
 - Hüfte, Leiste, Becken
 - Ober-/ Unterschenkel, Knöchel, Knie, Fuß
- 9. Verwendest Du spezielle Schuheinlagen oder orthopädische Hilfsmittel? JA NEIN
- 10. Hast Du irgendwelche Allergien? JA NEIN
Wenn JA, bitte nähere Angaben (Wogegen, Art der Beschwerden) auf Seite 3
- 11. Rauchst Du? NEIN NOCH NIE FRÜHER
seit wann nicht mehr?.....
 JA: wieviel?, seit wann?.....
Möchtest Du aufhören?
.....
- 12. Trinkst Du gelegentlich Alkohol?
(Glas/Woche)
- 13. Konsumierst Du illegale Drogen JA NEIN
- 14. Isst Du eine spezielle Diät (z.B. Vegetarisch, Makrobiotisch, Trennkost,...)? JA NEIN
- 15. Bist Du mit Deinem Körpergewicht zufrieden? JA NEIN
- 16. Nimmst Du „leistungsfördernde Mittel“ oder Hormonpräparate? JA NEIN
- 17. Nimmst Du regelmäßig Medikamente? JA NEIN
Wenn JA, welche?
.....
.....

Fragen zu Gesundheit und Lebensstil

FÜR JUNGE FRAUEN:

16. Kommt die Regelblutung regelmäßig? JA NEIN
17. Hast Du Probleme mit der Regel? JA NEIN
18. Nimmst Du die Pille? JA NEIN
19. Bist Du derzeit schwanger?? JA NEIN

KINDERKRANKHEITEN:

20. Welche der folgenden Kinderkrankheiten hast Du Deines Wissens nach gehabt?

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Scharlach |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Feuchtblattern |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

FAMILIENANAMNESE:

21. Sind in Deiner engen Verwandtschaft (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen vorgekommen?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Herzkrankheiten | <input type="checkbox"/> plötzlicher Herztod |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Hoher Cholesterinspiegel |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Krebs |
| <input type="checkbox"/> andere Erbkrankheiten | |

DATEN DER LETZTEN IMPFUNGEN: (JAHR)

Tetanus : weiß nicht bin nicht geimpft

FSME (Zecken): weiß nicht bin nicht geimpft

Kinderlähmung: weiß nicht bin nicht geimpft

Zu den Fragen, die Du mit JA beantwortet hast, mach hier bitte genauere Angaben:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche weiteren Fragen hättest Du nach dieser Untersuchung gerne beantwortet?

Fragen zu Deiner körperlichen Aktivität bzw. zu Deinem Training

1. **Betreibst Du regelmäßig Sport?**

JA, ganzjährig, mal pro Woche
..... Stunden pro Woche (durchschnittlich)

NEIN, eher selten oder nie

unterschiedlich, je nach Jahreszeit:

bitte genauere Angaben (was, wie oft):

.....
.....
.....

2. **Seit wann?**

schon immer erst seit

3. **Wo betreibst Du Sport?**

Schule Verein privat

4. **Würdest Du gern mehr Sport betreiben?**

JA NEIN weiß nicht

5. **Bist Du mit Deiner Leistungsfähigkeit zufrieden?**

JA NEIN, nicht ganz NEIN, gar nicht

6. **Betreibst Du Ausdauertraining (laufen, Rad fahren,...)?**

JA NEIN

Welches?

7. **Betreibst Du Krafttraining (Hanteln, Kraftmaschinen, Gymnastik)?**

JA NEIN

Welches?

8. **Kennst Du Deine**

Ruhe-Herzfrequenz/min weiß ich nicht

o Trainingsherzfrequenz/min weiß ich nicht

o Maximale Herzfrequenz/min weiß ich nicht

9. **Hast Du Dich gestern oder vorgestern sehr angestrengt (Wettkampf, anstrengendes Training)?**

JA NEIN

Wir danken für Deine Mitarbeit.

Das IPAS Team

INFORMATIONEN ZUM UNTERSUCHUNGSABLAUF

Sehr geehrte Schülerin / Schüler, Sportlerin / Sportler, sehr geehrte Eltern!

Um Dir/Ihnen eine Vorstellung zu vermitteln, wie eine sportmedizinische Untersuchung abläuft, hier folgende Informationen:

Nach der Anmeldung im Sekretariat, bei der bitte die ausgefüllten und von den Eltern unterschriebenen Datenblätter abzugeben sind, ziehst Du Dir das Sportgewand an.

Wenn bei Dir eine Blut- und Harnuntersuchung geplant ist, bekommst Du einen Becher, um darin eine Harnprobe abgeben zu können. Daher empfiehlt es sich in diesem Fall mit gefüllter Harnblase zur Untersuchung zu kommen.

Weitere Schritte:

- VERMESSUNG von Größe und Gewicht und Bestimmung des Körperfettanteils auf einer Körperfettwaage.
- BLUTDRUCKMESSEN mit einer Blutdruckmanschette am Oberarm
- RUHE-EKG: Im Liegen wird die Brust mit Wasser besprüht, um den Kontakt zwischen Elektrode und Haut zu verbessern und 6 kleine Saugelektroden werden an der Brust angebracht. An Armen und Beinen wird je 1 Klemmelektrode angebracht. Die Untersuchung dauert 5 min und tut nicht weh. Allerdings können die Saugelektroden kurzfristig kleine, harmlose rote Flecken an der Haut hinterlassen.
- LUNGENFUNKTIONSTEST: die Nase wird mit einer Klemme verschlossen. Nun wird mit aller Kraft in ein kleines Gerät geblasen (wie wenn man eine Kerze ausbläst), um Volumen der Lunge und Funktion der Atemwege zu messen.
- INTERNISTISCHE und ORTHOPÄDISCHE UNTERSUCHUNG in einem Gespräch mit dem Arzt oder Ärztin, werden Fragen zu Gesundheit und Wohlbefinden, Vorerkrankungen, Operationen, Ernährung etc. gestellt. Als Basis dient das abgegebene Datenblatt, um sicherzustellen, dass nichts Wichtiges vergessen wird. Danach folgt eine Untersuchung, bei der Herz und Lunge abgehört werden, in Mund und Rachen geschaut wird, der Bauch abgetastet wird, usw. und schließlich Gelenke und Körperhaltung geprüft werden.
- ERGOMETRIE (= Belastungstest): Die Untersuchung soll klären, wie fit Du bist und wie Herz, Kreislauf und Blutdruck auf Belastung reagieren. Elektroden (wie beim Ruhe-EKG), die sich an Brust und Rücken ansaugen, überwachen die Herzaktivität. Am rechten Oberarm wird eine Blutdruckmanschette angebracht, um während Belastung den Blutdruck messen zu können. Nun beginnt das Rad fahren, das am Anfang ganz leicht geht und im Lauf der Zeit immer schwerer wird. Wichtig ist, immer gleich schnell zu treten und die Belastung so lange wie möglich auszuhalten. Sollten Beschwerden auftreten, wie besonders starke Atemnot, Schwindel, Übelkeit, Schmerzen, etc, muss dies mitgeteilt werden. Nach Ende der Belastung wirst Du gebeten, noch einige Minuten ohne Belastung langsam weiter zu treten, damit sich Puls und Blutdruck wieder normalisieren können. Danach werden alle Geräte entfernt und Du kannst duschen und wieder das Straßengewand anziehen. Diese Untersuchung ist für gesunde Menschen ungefährlich. Allerdings können die Elektroden rote Flecken, manchmal sogar kleine Bläschen, auf der Haut hinterlassen, die zwar harmlos, aber manchmal einige Tage lang sichtbar sind. Manchen Menschen wird nach der Belastung schwindlig oder schlecht, wenigen sogar schwarz vor Augen. Diese Symptome einer Kreislaufstörung bessern sich aber meist im Liegen rasch. Um dem vorzubeugen ist es vernünftig, **2 – 3 Stunden vor der Untersuchung ein leichtes Frühstück einzunehmen.**
- ABSCHLUSSGESPRÄCH: nun bespricht der Arzt oder die Ärztin, Deinen Befund mit Dir.

Falls gewünscht und vorher vereinbart wird außerdem durchgeführt:

- BLUTABNAHME aus der Vene (meist Ellenbeuge).
- LAKTATBESTIMMUNG: während der Belastung wird auf jeder Stufe ein Tropfen Blut aus dem Ohr abgenommen. Damit dies gut funktioniert, wird das Ohr vorher mit einer überwärmenden Salbe eingeschmiert. Die erhobenen Daten ergeben für Trainierende wertvolle Zusatzinformationen zum Muskelstoffwechsel bei Belastung.
- SPIROERGOMETRIE: Mit Hilfe einer Gesichtsmaske wird während der Belastung die Atemluft analysiert. Daraus ergeben sich wertvolle Zusatzinformationen zu Funktion von Herz und Lunge und Stoffwechsel bei Belastung.

UNTERSUCHUNGSTARIFE SIEHE BITTE „TARIFLISTE“