



## Medizinisches Attest für Qingda

(Version 2011)

**Athlet** (durch den Athleten auszufüllen)

Name:

Vorname:

Lizenz-Nr.:

### Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur Speicherung der erhobenen Gesundheitsprobleme. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, ausser für den zuständigen Verbands- bzw. Sportarzt. Der Erteilung von Hinweisen an meine Trainer und an Dritte, die für die Trainings- und Wettkampfgestaltung von Bedeutung sind, sowie die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten stimme ich hiermit zu.

### Selbstdeklaration (für Qingda / Leichtkontakt)

Bitte Fragen mit JA oder NEIN beantworten:

- Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?  
 Ja       Nein
- Haben Sie Brustschmerzen bei körperlichen Belastung?  
 Ja       Nein
- Hatten Sie im letzten Monat Brustschmerzen?  
 Ja       Nein
- Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt?  
 Ja       Nein
- Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnte?  
 Ja       Nein
- Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?  
 Ja       Nein
- Kennen Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen oder eines ärztlichen Rates einen weiteren Grund, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben?  
 Ja       Nein
- Benötigen Sie rezeptpflichtige Medikamente?  
 Ja       Nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich obige Einverständniserklärung sowie die Richtigkeit der gemachten Angaben in der Selbstdeklaration.

**Wurde eine der obigen Fragen mit JA beantwortet oder für eine Zulassung für Sanda (Vollkontakt) ist eine ärztliche Untersuchung notwendig (Medizinisches Attest für Sanda).**

Dieses medizinische Attest ist jeweils für das Kalenderjahr gültig in dem es ausgestellt wurde und ist jährlich zu erneuern.

Datum, Unterschrift des Athleten (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters):



## Medizinisches Attest für Sanda (Vollkontakt)

(Version 2011)

Dieses Formular wird für die Teilnahme an Sanda (Vollkontakt) Wettkämpfen benötigt sowie für Qingda (Leichtkontakt), wenn die Selbstdекlaration ein erhöhtes Risiko ergeben hat.

**Medizinische Beurteilung** (durch den Arzt auszufüllen)

### Athlet

Name:

Vorname:

Lizenz-Nr.:

### Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung und zur Speicherung der erhobenen Gesundheitsprobleme. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, ausser für den zuständigen Verbands- bzw. Sportarzt. Der Erteilung von Hinweisen an meine Trainer und an Dritte, die für die Trainings- und Wettkampfgestaltung von Bedeutung sind, sowie die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten stimme ich hiermit zu.

Urteilsfähige Personen unter 18 Jahren bedürfen der schriftlichen Zustimmung ihres gesetzlichen Vertreters.

### Durchgeführte Pflicht-Untersuchung

- Sportärztliche Untersuchung (gemäss Swiss Olympic-Formular)  
oder  
 Allgemeine medizinische Untersuchung (gemäss AIBA-Formular)

### Optionale Untersuchungen

- Sportärztliches Interview (Erst- oder Verlaufinterview gemäss Swiss Olympic-Formular)  
 zusätzliches sportärztliches Interview für Frauen (gemäss Swiss Olympic-Formular)  
 Sportlabor (gemäss Swiss Olympic-Formular)  
 Ruhe-EKG  
 Belastungs-EKG  
 EEG (obligatorisch nach Schutzsperre in Folge KO)

Die benötigten Formulare sind zu finden unter <http://www.swissolympic.ch/desktopdefault.aspx/tabid-3554/>.

Der Athlet untersteht dem Doping-Statut von Swiss Olympic, zu finden unter <http://www.dopinginfo.ch>.

Die Dokumente der medizinischen Untersuchung verbleiben beim untersuchenden Arzt.

### Wettkampftauglichkeit

- Wettkampftauglich inkl. Vollkontakt    Wettkampftauglich ohne Vollkontakt    NICHT Wettkampftauglich

Bemerkungen / Einschränkungen / Medikationen:

---



---



---

### Untersuchender Arzt

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Datum, Unterschrift und Stempel des untersuchenden Arztes:

---