

Untersuchungsbogen zur Aufnahme in die Sportmittelschule Linz

Ihre Angaben sind nur für die Schulärztin bestimmt. Sie werden streng vertraulich behandelt und müssen in Ihrem eigenen Interesse in einem Kuvert verschlossen bei der Anmeldung übergeben werden. Ein vollständiges Ausfüllen erleichtert die Arbeit der Schulärztin.

Name:

Geburtsdatum:

Geschlecht: m w

TEIL 1 von den Eltern auszufüllen

Besteht bei ihrem Kind eine Erkrankung, wie z.B. Diabetes mellitus, Asthma, Krampfanfälle, Herz- Kreislauferkrankung, Lungenerkrankung?

nein

ja, welche: _____

Hatte ihr Kind Operationen oder Verletzungen?

nein

ja, welche: _____

Nimmt ihr Kind Medikamente ein?

nein

ja, welche? (Tabletten, Inhalationen, Vitamine...) _____

Leidet ihr Kind an einer Allergie?

nein

ja, an welcher: _____

Gab es in ihrer Familie plötzliche Todesfälle vor dem 50. Lebensjahr?

nein

ja: _____

Gibt es Herzerkrankungen in ihrer Familie, wie z.B. hypertrophe Kardiomyopathie, Marfan Syndrom?

nein

ja: _____

Wurde ihr Kind schon einmal bewusstlos bei oder nach körperlicher Anstrengung?

nein

ja: _____

Sind bei ihrem Kind unter Belastung Beschwerden wie z.B. Herzrasen, Atemnot, Übelkeit, Schwindel aufgetreten?

nein

ja: _____

Datum und Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

Name:

Teil 2 Von Schularzt/-ärztin, Hausarzt/-ärztin, Kinderfacharzt/-ärztin auszufüllen

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____ kg/m² (Perzentile: _____)

RR: _____ mmHg Puls: _____/min; rhythmisch, arrhythmisch

Femoralispulse: tastbar, nicht tastbar

Herz: unauffällig, auffällig: _____

Lunge: unauffällig, auffällig: _____

Abdomen: unauffällig, auffällig: _____

Lymphknotenstatus: unauffällig, auffällig _____

HNO/ Hören: unauffällig, auffällig: _____

Haut: unauffällig, auffällig: _____

Augen/ Visus: unauffällig, auffällig: _____

Neurologie/Psychie: unauffällig, auffällig _____

Orthopädischer Status: (Wirbelsäule, Hüfte, obere und untere Extremität)

unauffällig, auffällig: _____

Trainingsanamnese: Sportart spezifisch:.....Std./Wo, andere:.....Std./Wo

Sonstige Auffälligkeiten und Besonderheiten:

Abklärung bzw. Kontrolle wegen: _____

Zur Teilnahme am Eignungstest und zur eventuellen Aufnahme an der SportMS

geeignet

nicht geeignet

Datum

Stempel

Unterschrift der/des untersuchenden Ärztin/Arztes