



SPORTÄRZTLICHES UNTERSUCHUNGSFORMULAR

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung, zur Speicherung der erhobenen Daten und deren Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken. Bei der wissenschaftlichen Nutzung der Daten sind diese so zu verändern, daß kein Bezug zwischen Ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die ärztlichen Mitarbeiter der Untersuchungsstelle, für den von mir im Untersuchungsbogen genannten Manager / Trainer und den Vertrauensarzt des FVA. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten durch diesen Benutzerkreis bedarf meiner Genehmigung. Im Übrigen gilt die DSGVO.

EINGANGSUNTERSUCHUNG

JAHRESHAUPTUNTERSUCHUNG

BoxerIn

Ort der Untersuchung

Datum

Persönliche Daten:

Name:
Vorname:
Geburtsname:
Geburtsdatum:
Straße / Nr.:
Wohnort: PLZ:.....
Telefon:

Hausarzt:
Straße / Nr.:
Wohnort: PLZ:.....

Training und Wettkampf:

BerufsboxerIn seit:
Manager / Trainer:
Straße / Nr.:
Wohnort: PLZ:.....

Vertrauensarzt:
Straße / Nr.:
Wohnort: PLZ:.....

Amateurlämpfe:
Profi-Kämpfe:
K.o. Niederlagen:

Wieviele Jahre trainieren Sie bereits systematisch?
Wie oft trainieren Sie wöchentlich?
(Durchschnitt)
Wieviele Stunden trainieren Sie wöchentlich?
(Durchschnitt)

Datum der Untersuchung:

Körpergröße in cm:

Körpergewicht in ganze kg:

Anamnese / Zwischenanamnese seit Untersuchung vom:

Behandlung:

Wenn ja durch wen?:

Raucher: Nein Ja
(mehr als 5 Zigaretten tgl.)

Alkohol: Nein Ja

Medikamente: Nein Ja

Bemerkungen:.....
.....

