# Medizinisches Attest für Qingda und Tuishou (Version 2019)

**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 / Tuishou (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 körperlicher 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 / Sanda Light (Vollkontakt) ist eine ärztliche Untersuchung notwendig (Medizinisches Attest für Sanda/Sanda Light).**

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 / Sanda Light (Vollkontakt) (Version 2019)

*Dieses Formular wird für die Teilnahme an Sanda/Sanda Light (Vollkontakt) Wettkämpfen benötigt sowie für Qingda / Tuishou (Leichtkontakt) wenn die Selbstdeklaration 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.

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

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

**Durchgeführte Pflicht-Untersuchung**

Sportärztliche Untersuchung (gemäss Swiss Olympic-Formular)

oder

Allgemeine medizinische Untersuchung (gemäss AIBA-Formular)

**Optionale Untersuchungen**

Sportärztliches Interview (Erst- oder Verlaufsinterview 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 [www.swissolympic.ch/desktopdefault.aspx/tabid-3554/](http://www.swissolympic.ch/desktopdefault.aspx/tabid-3554/). Der Athlet untersteht dem Doping-Statut von Swiss Olympic, zu finden unter 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: