



Sehr geehrte:r Sportler:in,

Vor der Untersuchung bitten wir Sie uns über alle wichtigen gesundheitlichen Probleme zu informieren, indem Sie die folgenden Fragen beantworten. Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.



1. Mir wurde der aktive Sport durch einen Arzt schon einmal verboten oder eingeschränkt.

ja nein

2. Mir wurde jemals nahegelegt, die sportlichen Aktivitäten aufgrund von Gesundheitsproblemen ganz aufzugeben.

ja nein

3. Ich habe momentan oder hatte in den letzten 14 Tagen gesundheitliche Probleme.

ja nein

Wenn ja, welche? _____

4. Ich wurde jemals operiert oder musste zur Beobachtung im Krankenhaus stationär aufgenommen werden.

ja nein

5. Ich musste in den letzten 2 Monaten Medikamente einnehmen.

ja nein

Wenn ja, welche? _____

6. Ich nehme regelmäßig Medikamente.

ja nein

Wenn ja, welche? _____

7. Ich wurde mit einem nicht funktionsfähigen Organ geboren.

ja nein

Wenn ja, welche? _____

8. Ich leide an Allergien.

ja nein

Wenn ja, welche? _____

9. Bei mir wurde bereits eine oder mehrere der folgenden Diagnosen/Krankheiten erkannt:

Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2

Asthma

Hauterkrankung (z.B. Neurodermitis)

Epilepsie

Anämie

eine Schilddrüsenerkrankung

eine Nierenerkrankung

eine Erkrankung der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse)

Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber)

eine genetisch bedingte Erkrankung

Rheuma und/oder chron. Gelenkerkrankung

Bluthochdruck

Herzmuskulenzündung

Bluthochdruck

Herzrhythmusstörungen

Herzklappeninsuffizienz /-stenose /-erkrankung

Herzinfarkt

sonstiges: _____

keine davon

10. Ich hatte jemals während oder nach körperlicher Betätigung über eine oder mehrere der folgenden Probleme:

Engegefühl oder Schmerzen in der Brust

Atembeschwerden

Hustenanfälle

pfeifende Atmung

Kopfschmerzen

11. Ich war jemals bewusstlos:

Ja, während körperlicher Belastung

Ja, nach körperlicher Belastung

Ja, aufgrund einer Kopfverletzung

Ja, aufgrund einer Gehirnerschütterung oder anderer Kopfverletzungen

Ja, aus einem anderen Grund

Noch nie

12. Ich hatte jemals eine Kopfverletzung nach der ich verwirrt war oder eine Gedächtnislücke zur Folge hatte.

ja nein

13. Ich klage manchmal über Herzrasen oder unregelmäßigen Herzschlag.

ja nein



14. Bei mir wurde jemals bei einer Untersuchung ein Geräusch über dem Herzen festgestellt.

- ja nein

15. Bei mir wurde jemals eine zusätzliche Herzuntersuchung wie z.B. Ruhe-EKG, Belastungs-EKG, Herzultraschall oder ähnliches angeordnet.

- ja nein

16. Ich hatte schon einmal eine Panikattacke.

- ja nein

Angaben zur engen Verwandtschaft (Geschwister, Eltern, Großeltern, Tanten, Onkel):

17. Bei jemandem in meiner Familie wurde jemals eine oder mehrere der folgenden Diagnosen/Krankheiten festgestellt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 | <input type="checkbox"/> eine genetisch bedingte Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Rheuma und/oder chron. Gelenkerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung (z.B. Neurodermitis) | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Herzmuskelentzündung |
| <input type="checkbox"/> Anämie | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen |
| <input type="checkbox"/> eine Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzklappeninsuffizienz /-stenose /-erkrankung |
| <input type="checkbox"/> eine Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> eine Erkrankung der Verdauungsorgane (Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse) | <input type="checkbox"/> sonst.: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mononukleose (Pfeiffersches Drüsenfieber) | <input type="checkbox"/> keine davon |

18. In meiner Familie ist ein Familienmitglied unter 50 Jahren...

- ...aus unbekanntem Gründen gestorben
 ...an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung gestorben
 ...aufgrund wiederholter Ohnmachtsanfälle behandelt worden
 ...aufgrund von unerklärlichen Anfällen behandelt worden

19. In meiner Familie wurde bei einem Familienmitglied unter 50 Jahren

- eine Herztransplantation vorgenommen.
 ein Herzschrittmacher oder Defibrillator implantiert.
 eine Operation am (offenen) Herzen vorgenommen.

23. Gibt es eine weitere sportmedizinische Information, die im Rahmen der Untersuchung behandelt werden soll?

Bei Frauen:

24. Bei mir trat die 1. Regelblutung im Alter von _____ Jahren auf.

25. Mein Menstruationszyklus ist regelmäßig mit einer Dauer von 28-32 Tagen.

- ja nein

26. Ich leide seit _____ Monaten an Ausbleiben der Regelblutung (Amenorrhoe).

Datenschutzinformation

Der Schutz Ihrer persönlichen Daten ist uns ein besonderes Anliegen. Wir dürfen Sie darüber informieren, dass wir Ihre Daten nach EU-DSGVO gewissenhaft verarbeiten.

Die von Ihnen in diesem Anamneseblatt zur Verfügung gestellten Informationen sowie die im Zuge der Behandlung gewonnenen Gesundheitsinformationen werden ausschließlich zur vereinbarten Leistungserbringung mit Ihnen und/oder zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen verwendet. Auch ist die Verarbeitung für Zwecke der Gesundheitsvorsorge, für die medizinische Diagnostik und/oder für die Behandlung im Gesundheitsbereich sowie für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheitsbereich erforderlich.

Die Daten werden sicher verwahrt und nicht an Dritte weitergegeben es sei denn, es ist zu Leistungserbringung oder aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen erforderlich. In diesem Fall bedienen wir uns nur Partner:innen und Auftragsverarbeiter:innen, die hinreichend Garantien dafür bieten, dass auch sie die technischen und organisatorischen Anforderungen der DSGVO in Bezug auf die Datenverarbeitung einhalten. Ihre Daten werden zur Erfüllung unserer gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bei uns gespeichert.

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Widerspruch, Datenübertragbarkeit und Einschränkung Ihrer bei uns verarbeiteten Daten. Diese Rechte können Sie unter datenschutz@leistungssport.at geltend machen. Wenn Sie glauben, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten gegen das Datenschutzrecht verstößt, wenden Sie sich bitte zunächst an uns. Sie haben aber auch das Recht, sich unmittelbar an die Datenschutzbehörde zu wenden.

Ich bin damit einverstanden, dass bei mir die sportmedizinische Untersuchung inklusive Herz-Kreislauf Belastungstest am Ergometer und ggf. eine Blutabnahme, durchgeführt wird, außer im Laufe der Untersuchung stellt sich heraus, dass ich aus gesundheitlichen Gründen nicht dazu geeignet bin und übernehme im Falle eines gesundheitlichen Problems bei der Durchführung von sportmotorischen Tests oder Leistungsdiagnostik selbst die Verantwortung.

Ich habe die Datenschutzerklärung gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich bestätige die Richtigkeit der unten angegebenen Daten.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir die medizinischen Befunde online via Lifetime zugesandt werden. Unter <https://lifetime.eu/datenschutz/web> finde ich die Datenschutzerklärung zur App. Ich bin damit einverstanden, dass meine Sozialversicherungsnummer als einmaliger Zugangscod benutzt wird. Der PIN kann in der App geändert werden.

Name (in Blockbuchstaben): _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Datum und Unterschrift Sportler:in: _____

Für Sportler:innen unter 14 Jahren wird zusätzlich die Unterschrift Erziehungsberechtigten benötigt:

Datum, Name (in Blockbuchstaben) und Unterschrift Erziehungsberechtigte:r

Diese Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dazu wenden Sie sich bitte an datenschutz@leistungssport.at. Weitere Informationen finden Sie in der Datenschutzerklärung auf dem Anamneseblatt und auf unserer Webseite unter: <https://www.leistungssport.at/datenschutzerklaerung/>.

Einverständniserklärung zur Verwaltung der Daten in der GEFSPOT

Sie wurden von Ihrem Bundesfachverband ausgewählt und nehmen an der vom Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport geförderten sportmotorischen Tauglichkeitsuntersuchung teil.

Diese wird von LEISTUNGSSPORT AUSTRIA – Bundesinstitut für Leistungs- und Spitzensport (kurz auch „LEISTUNGSSPORT AUSTRIA“ oder „uns“) oder von einer der hierfür zugelassenen Untersuchungsstellen in Österreich (siehe <https://www.leistungssport.at/services/sportmedizin/tauglichkeitsuntersuchung/verzeichnis-untersuchungsstellen/>) durchgeführt. Die Genehmigung und Förderabwicklung laufen aber jedenfalls über uns.

Im Zuge dieser sportmotorischen Tauglichkeitsuntersuchungen werden zum Zwecke der Förderabwicklung Ihre hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten in der Web-App GEFSPOT (kurz auch „App“) für zugelassene Untersuchungsstellen in Österreich zugänglich gemacht. Aus der App soll ersichtlich sein, ob die Untersuchung bereits in Anspruch genommen wurde. Folgende Daten werden von Ihnen in der App verarbeitet und gespeichert: Vor- und Nachname, Verband, ob die sportmotorischen Tauglichkeitsuntersuchung bereits durchgeführt wurde, Zeitpunkt und Untersuchungsstelle (diese Punkte werden von der jeweils zuständigen zugelassenen Untersuchungsstelle eingetragen).

Die Testergebnisse werden **nicht** in die App übertragen. Ihr Bundesfachverband bekommt von uns lediglich die Information, ob Sie „sporttauglich“ oder „nicht sporttauglich“ sind. Detaillierte Testergebnisse werden nicht übermittelt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass LEISTUNGSSPORT AUSTRIA die oben näher beschriebenen personenbezogenen Daten von mir zum Zwecke der Förderabwicklung und Kommunikation in die oben genannte App übertragen kann. Mir ist bewusst, dass die Untersuchungsstellen Einsicht in die oben angeführten Daten haben. Darüber hinaus erkläre ich mich damit einverstanden, dass LEISTUNGSSPORT AUSTRIA dem Bundesfachverband mitteilen darf, ob ich „sporttauglich“ oder „nicht sporttauglich“ bin. Detaillierte Testergebnisse werden nicht übermittelt. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass LEISTUNGSSPORT AUSTRIA im Falle von den im Test entstandenen gesundheitlichen Schäden keine rechtlichen Folgen entstehen.

Name (in Blockbuchstaben): _____

Fachverband: _____

Datum und Unterschrift Sportler:in: _____

Für Sportler:innen unter 14 Jahren wird zusätzlich die Unterschrift Erziehungsberechtigten benötigt:

Datum, Name (in Blockbuchstaben) und Unterschrift Erziehungsberechtigte:r

Diese Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Dazu wenden Sie sich bitte an datenschutz@leistungssport.at. Weitere Informationen finden Sie in der Datenschutzerklärung auf dem Anamneseblatt und auf unserer Webseite unter: <https://www.leistungssport.at/datenschutzerklaerung/>.