

Erklärung nicht schwanger zu sein

Für Sportlerinnen ab dem 14 Lebensjahr

Veranstaltung: ÖSTM KICK- und THAIBOXEN 2023
09.06.2023 - 10.06.2023

Lesen Sie die nachstehenden Informationen sorgfältig durch, füllen Sie den Fragebogen aus und unterschreiben Sie diesen. Das Formular muss vollständig ausgefüllt bei der Registratur abgegeben werden.

Name: _____

Verein: _____ E-mail address: _____

Gewichtsklasse: _____ kg Disziplin: _____

Ich bestätige: Ich bin nicht schwanger.

Ich verstehe die Bedeutung und Wichtigkeit meiner Erklärung und trage die volle Verantwortung für die Richtigkeit

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Unterschrift der Sportlerin

Bei Sportlerinnen unter 18 Jahren wird die Bestätigung der Erziehungsberechtigten gefordert:

Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Medizinischer Fragebogen

Sportmedizinische Untersuchung

Veranstaltung: ÖSTM KICK- und THAIBOXEN 2023
 09.06.2023 – 10.06.2023

Lesen Sie die nachstehenden Informationen sorgfältig durch, füllen Sie den Fragebogen aus und unterschreiben Sie diesen. Das Formular muss vollständige ausgefüllt bei der Registratur abgegeben werden.

Name: _____

Verein: _____ E-mail address: _____

Gewichtsklasse: _____ kg Disziplin: _____

| | ja | nein |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|------|
| Haben sie in der Vergangenheit Krankheiten gehabt? | | |
| Haben Sie Geburtsfehler? | | |
| Sind Sie in einem Krankenhaus behandelt worden? | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente | | |
| Nehmen Sie Nahrungsergänzungsmittel? | | |
| Sind sie während des Trainings oder danach ohnmächtig geworden? | | |
| Hatten sie jemals Brustschmerzen? | | |
| Hatten Sie jemals Bluthochdruck? | | |
| Hatten Sie jemals eine Hautkrankheit? | | |
| Haben Sie zur Zeit irgendwelche dermatologischen Beschwerden? | | |
| Haben Sie Asthma? | | |
| Haben Sie irgendwelche medizinische Probleme mit Ihren Knochen, Gelenken, Sehnen oder Muskeln? | | |
| Hatten Sie jemals eine Schädelverletzung, die mit einem Verlust des Bewusstseins verbunden war ? | | |
| Haben sie in den letzten 10 Tagen Kopfweg? | | |
| Haben Sie eine Zahnspange? Wenn ja, fügen Sie bitte die Bescheinigung des Zahnarztes bei! | | |
| Are you often on a diet? | | |

Bitte geben Sie weitere Einzelheiten zu den Antworten mit "Ja" an:

Im Falle eines Notfalls (Verletzungen, Schnittwunden usw.) und in jedem Fall, wenn es die WAKO und/oder ÖBFBK Regeln vorschreiben, bin ich damit einverstanden, dass das diensthabende medizinische Personal jede Untersuchung durchführen kann, die es für angebracht hält.

 Datum (Tag/Monat/Jahr)

 Unterschrift des:r Sportler:in

Bei Sportlerinnen unter 18 Jahren wird die Bestätigung der Erziehungsberechtigten gefordert:

 Unterschrift des Erziehungsberechtigten

Erklärung über die Zulässigkeit von Zahnspangen

Familienname und Vorname des:r Sportler:in

Familienname und Vorname des:r Zahnarztes:in

Ich bestätige, dass ich oben genannten:r Sportler:in eine Zahnspange am (Tag/Monat/Jahr) _____ angepasst habe und er:sie diese bis zum _____ (Tag/Monat/Jahr) _____ Tragen soll.

Ich bestätige, dass ich oben genannten:r Sportler:in persönlich mit einem Mundschutz ausgestattet habe, von dem ich überzeugt bin, dass er:sie einen normalen Schutz für Mund, Zahnfleisch und Zähne sowie die Zahnspange selbst bietet, falls er/sie an Kick- und Thaibox-Wettbewerben teilnehmen möchte.

Ich bin der Meinung, dass er/sie nicht mehr Risiken eingeht als jede andere Person, die an Kick- Thaiboxwettbewerben gemäß den Regeln des ÖBFK (WAKO/IFMA) teilnimmt.

Datum (Tag/Monat/Jahr)

Stempel und Unterschrift des Zahnarztes:in