

## Erklärung nicht schwanger zu sein

Für Sportlerinnen ab dem 14 Lebensjahr

**Veranstaltung: ÖM Nachwuchsklassen 2024 – 20.04.2024**

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: \_\_\_\_\_

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: ÖM Nachwuchsklassen 2024 – 20.04.2024**

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 ÖBFK 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