



Sandra Gutknecht, SAM-Supermoto-Administration
Bahnhofstrasse 27
8259 Etwilen
Tel. 079-759 96 80
s.gutknecht@s-a-m.ch www.s-a-m.ch

CHECKLISTE FÜR DEN ARZT

Name: Vorname:

Strasse: PLZ / Ort:

Geb. Datum: Tel. Nr.: E-Mail:

Sportart: Kategorie 2019:

Arztzeugnis – Vom Arzt auszufüllen!

Der unterzeichnende Arzt hat den obenerwähnten Lizenzgesuchsteller gemäss den Formularen "Medizinische Vorgeschichte" und "Checkliste" am _____ untersucht.

Beurteilung: **Tauglich an Motorradrennen teilzunehmen**
 Untauglich

Lautet die Antwort "Untauglich", wird die Akte an den Vertrauensarzt des SAM für eine zusätzliche Untersuchung übermittelt.

Ort: _____ **Datum:** _____

Unterschrift / Stempel Arzt: _____

ACHTUNG - ATTENTION

Ich bestätige, dass keine Gründe bestehen, die mir die Ausübung des Motorradsportes verbieten. Ich unterstelle mich der Sport-Hoheit und der SAM/FMS Reglementation. Im Besonderen akzeptiere ich mit meiner Unterschrift alle Bestimmungen der SAM/FMS und Swiss Olympic Association betreffend Anti-Doping.
(Die aktuelle Dopingliste finden Sie unter www.swissolympic.ch oder unter www.dopinginfo.ch).

Ich bestätige ebenfalls, dass ich mir bewusst bin, dass die in der SAM-Lizenz inbegriffenen Versicherungsdeckungen an eventuellen Teilnahmen von nicht offiziellen oder von der SAM nicht anerkannten Veranstaltungen ungültig sind.

DATUM: _____ **UNTERSCHRIFT FAHRER:** _____

Für Minderjährige, Unterschrift der Eltern oder gesetzlichem Vertreter: _____



Sandra Gutknecht, SAM-Supermoto-Administration
 Bahnhofstrasse 27
 8259 Etwilen
 Tel. 079-759 96 80
 s.gutknecht@s-a-m.ch www.s-a-m.ch

Medizinische Vorgeschichte

Persönliche Angaben: VOM FAHRER AUSZUFÜLLEN UND MIT DER CHECKLISTE DEM ARZT ZU ÜBERGEBEN

| | | |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Adresse : | | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |

| NEIN | | JA | Details |
|--------------------------|--|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Bewusstlosigkeit aus irgendeinem Grund | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Schwindel oder Kopfweg | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Augenprobleme (ausser Brille) | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Allergien auf Medikamente od. Substanzen | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Herzbeschwerden | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Blutdruckprobleme | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Magenprobleme (Geschwüre, usw.) | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Probleme Harn-Geschlechtsorgane | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Epilepsie oder Krämpfe | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Gemüts- oder nervöse Störungen | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Arm- oder Beinprobleme inbegriffen Muskelkrämpfe Gelenksteifheit | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Blutstörungen mit Tendenz zu Blutungen | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Operationen | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> | Nehmen Sie regelmässig Medikamente oder andere Substanzen? | <input type="checkbox"/> | |

- Ich habe aus medizinischen Gründen kein Teilnahmeverbot für andere Sportarten.
- Ich nehme keine Drogen und trinke nicht zu viel Alkohol.
- Im Falle von Verletzungen erlaube ich dem Arztpersonal, notwendige Informationen dem Rennleiter und der SAM/FMS bekannt zu geben.
- Ich erkläre, dass die Informationen, die ich gegeben habe, der Wahrheit entsprechen.

Datum: _____

Unterschrift: _____



Sandra Gutknecht, SAM-Supermoto-Administration
 Bahnhofstrasse 27
 8259 Etwilen
 Tel. 079-759 96 80
 s.gutknecht@s-a-m.ch www.s-a-m.ch

CHECKLISTE FÜR DEN ARZT

Ärztliche Untersuchung

| | | |
|-------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Name: | Vorname: | Geburtsdatum: |
| Adresse : | | |
| Geschlecht: | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> weiblich |

| | Normal | | Abnormal | Details (falls Abnormal) |
|--------------------------|----------------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Herz- und Gefäss-System | | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Blutdruck | | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Puls | | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Atem-System | | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Neven-System | Zentral | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | | Peripherie | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Nase-Hals-Ohren | im besonderen Funktion | Rechts | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | Links | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Gleichgewichtssinn | | Rechts | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | Links | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bewegungsapparat | Arm | Rechts | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | Links | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | Bein | Rechts | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | Links | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Abdomen (Bruch) | | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Harn | Albumin | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | | Glucose | <input type="checkbox"/> | _____ |
| <input type="checkbox"/> | Augen (Sicht auf Distanz) | Ohne Korrektur | Rechts | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | Links | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | Mit Korrektur | Rechts | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | | | links | <input type="checkbox"/> |