



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 2020

Name: Vorname:

Strasse: PLZ / Ort:

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

Sportart: Kategorie 2020:

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 gesetzlichen 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 2020

Persönliche Angaben: VOM FAHRER AUSZUFÜLLEN UND MIT DER CKECKLISTE 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 Kopfweh	<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 2020 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"/>