



Medizinische Erklärung für MTBD/IKBF Athleten

Die Informationen, die in diesem Anamneseformular enthalten sind, werden von dem/der MTBD/IKBF verwendet, um festzustellen, ob Sie im Ring eine gesundheitliche Gefahr für sich selbst darstellen und um Ihre medizinische Vergangenheit im Falle eines erneuten Notfalls oder einer Wiederholung zu kennen Bitte füllen Sie diesen Fragebogen mit Ihrem Arzt aus. Bitte mit blauem oder schwarzem Kulli ausfüllen

Persönliche Informationen

Zuname:		Vorname:		M.I.	
Geburtsdatum:		Alter:		Geschlecht:	
				Nationalität	

Haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?

	Zustand:		Zustand:		Zustand:	
	Ja	Nein	Ja	Nein	Ja	Nein
Blutungen oder andere Blutkrankheiten			Epilepsie/E. Anfälle		Grauer Star	
Offene Wunde/genähter Cut			Verschwommene Sicht		Diabetes	
Fieber			Schwerhörigkeit		Ohnmachtsanfälle	
Kopfschmerzen/Migräne			Gleichgewichtsprobleme		Schwindelanfälle	
Bluthochdruck			Asthma/Bronchitis		Hernie	
Herzleiden			wiederk. Nackenschmerzen		HIV	
Brusttrauma/Rippenfraktur			wiederk. Rückenschmerzen		Hepatitis	
Chronische / akute ansteckende Krankheiten			Geisteskrankheiten		Schwangerschaft	

- 1) Sind Sie über 40 Jahre alt? Ja Nein
- 2) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Kampf der mit K.O endete? Ja Nein
- 3) Wurden Sie jemals positiv auf Doping (gem. WADA) getestet? Ja Nein
- 4) Nehmen Sie derzeit Medikamente? (falls ja bitte separat auflisten welche) Ja Nein
- 5) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation? Ja Nein
- 6) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten einen Krankenhausaufenthalt? Ja Nein
- 7) Hatten Sie in den letzten 6 Monaten Knochenbrüche, Risse oder Dislokationen? Ja Nein
- 8) Tragen Sie normalerweise Brille oder Kontaktlinsen? Ja Nein
- 9) Hatten Sie jemals eine Rücken- oder Wirbelsäulenoperation? Ja Nein

Bitte beachten Sie, wenn Sie älter als 16 Jahre sind, dass die medizinischen Befunde für HIV, Hepatitis B und C auf dem Originalbriefbogen des Labors mit diesem Formular eingereicht werden müssen. Die Bluttests müssen innerhalb der letzten 6 Monate vor dem Tag des Wettbewerbs durchgeführt worden sein.

Ich habe diesen Fragebogen wahrheitsgemäß und selbst nach bestem Wissen ausgefüllt. Ich bin bereit, Fragen von MTBD/IKBF sowie deren Allgemeinmedizinern zu meiner Anamnese zu beantworten. Ich versichere auch, dass ich nicht an irgendeiner Behinderung, Verletzung oder Beschwerde leide, die ich auf diesem Formular nicht offenbart habe. Ich erkenne weiterhin an, wie wichtig es ist, meine physischen Verfassung der Vergangenheit und Gegenwart dem/r MTBD/IKBF vollständig und genau zu offenbaren.

Unterschrift Athlet

Datum



Medizinische Erklärung für MTBD/IKBF Athleten

Athlet:

(Abschnitt 2: ärztliche Bestätigung)

Name:		Vorname:	
-------	--	----------	--

Von den Eltern / Erziehungsberechtigten zu unterschreiben, wenn der Teilnehmer unter 18 Jahren ist

Name des Elternteil / Erziehungsberechtigten: _____

Unterschrift des Elternteil / Erziehungsberechtigten

_____._____._____
Datum

Ärztliche Untersuchung und Zulassung:

Die medizinische Eignung des Bewerbers für den Vollkontaktsport Muaythai/Kickboxen, wurde durch die körperliche Untersuchung (im Ermessen der behandelnden Ärzte) und, falls erforderlich, durch die Verwendung von Röntgen- und Laborbefunden beurteilt.

Von einem Arzt auszufüllen. Bitte notieren Sie das Gewicht des Athleten mit Anmerkungen und Beurteilung hinsichtlich des Wasserhaushaltes und des Körperfettanteils unter der Haut.

Bitte beachten Sie, dass dieses Gewicht maßgeblich für die Einstufung des Athleten für die Wettkampfsaison ist. Die erlaubte Abweichung während der Wettkampfsaison ist maximal +/- 10 % von diesem Gewicht!

Nur vom Arzt auszufüllen:

Gewicht (KG.):	
Grad der Rehydratation:	
Grad des Körperfettanteils unter der Haut:	

Hiermit bestätige ich, dass _____ in guter körperlicher Verfassung ist und an keiner Verletzung, Infektion oder Behinderung leidet, die seine / ihre Fähigkeit beeinträchtigen könnte an Wettkämpfen der Vollkontaktsportart Muaythai / Kickboxen teilzunehmen.

Stempel/ Unterschrift Arzt

_____._____._____
Datum

Anschrift: _____

Tel: _____ E-Mail: _____



Medizinische Erklärung für MTBD Athleten

Athlet:		(Abschnitt 3: Gewichtskontrolle)	
Name:		Vorname:	
Trainer :			
Name:		Vorname:	

Wichtige Hinweise für Athlet, Erziehungsberechtigte und Trainer

Der MTBD erkennt an, dass Gewichtsabnahme durch Dehydrierung, Wasser- und Mineralstoffverlust aus dem Körper auch im Amateursport und bei jungen Sportlern ein gefährliches und lebensbedrohliches Ergebnis darstellen kann. Bei dem MTBD unterstützen wir die Gewichtskontrolle durch Fettabbau, NICHT durch Wasserverlust. Wir fordern daher alle Athleten, das Umfeld und die Interessengruppen auf, in diesem Prozess Verantwortung für die Gesundheit und Sicherheit der Athleten zu übernehmen.

Ärzte, die bei der täglichen ärztlichen Untersuchung im Einsatz sind, sind berechtigt, an jedem Athleten zu einem bestimmten Zeitpunkt vor Ort Urinspektrometer-Tests auf Dehydrierung durchzuführen, wenn Anzeichen einer Dehydrierung vermutet werden. Athleten mit einer Urindichte über 1.030 dürfen nicht teilnehmen.

ERKLÄRUNG ZUR GEWICHTSKONTROLLE

Ich verstehe, dass ich während der medizinischen Kontrollen keine Symptome einer Dehydrierung haben darf.

Ich verstehe, dass Ärzte, die bei der täglichen ärztlichen Untersuchung im Einsatz sind, befugt sind, an jedem Athleten zu einem bestimmten Zeitpunkt vor Ort Urinspektrometer-Tests auf Dehydrierung durchzuführen, wenn Symptome einer Dehydrierung vermutet werden.

Ich verstehe, dass, wenn meine Urindichte über 1.030 getestet wird, ich nicht teilnehmen darf. Ich verstehe, dass die Verwendung von Harntreibmitteln nach dem Anti-Doping-Kodex der WADA verboten ist, da sie als Schutzmittel eingestuft werden und nicht auf diese Substanz zurückgegriffen werden darf, um Gewicht zu reduzieren.

MIT DER UNTERZEICHNUNG UNTEN ERKLÄREN WIR, DASS WIR DIE OBEN GENANNTEN INFORMATIONEN MIT VOLLEM VERSTÄNDNIS DER MEDIZINISCHEN RISIKEN DER GEWICHTSREDUZIERUNG DURCH DEHYDRIERUNG, WASSER- UND MINERALSTOFFVERLUST AUS DEM KÖRPER VERSTEHEN.

DIE ERKENNUNG DIESES VERFAHRENS VOR DEM WETTBEWERB KÖNNTE ZUR DISQUALIFIKATION DES ATHLETEN UND DES TRAINERS VOM WETTBEWERB FÜHREN.

Unterschrift Athlet

_____._____._____
Datum

Von den Eltern/Vormund zu unterschreiben, wenn der Teilnehmer unter 18 Jahre alt ist.

Name des Elternteil/Vormunds: _____

Unterschrift Elternteil / Vormund

_____._____._____
Datum

Unterschrift Trainer

_____._____._____
Datum



Medizinische Erklärung für MTBD/IKBF Athleten

Athlet : (Abschnitt 4: Erklärung von nicht vorhandener Schwangerschaft)

Name:		Vorname:	
-------	--	----------	--

Erklärung von nicht vorhandener Schwangerschaft

DIESER ABSCHNITT IST NUR VON ATHLETINNEN AUSZUFÜLLEN.

1. ERKLÄRUNG ÜBER DIE NICHTSCHWANGERSCHAFT FÜR ATHLETINNEN IM ALTER VON 18 JAHREN UND ÄLTER

Ort

_____._____._____

Datum

Name der Veranstaltung: _____

Ich verstehe den Umfang dieser Aussage und übernehme die volle Verantwortung dafür. Für den Fall, dass sich diese Erklärung später als unrichtig oder falsch erweist und ich während der Veranstaltung unter damit verbundenen Verletzungen oder Schäden leide, verzichte ich im Namen meiner Erben, Testamentsvollstrecker und Verwalter auf alle Schadenersatzansprüche, die ich gegen den/die MTBD/IKBF (einschließlich ihrer Vertreter und Mitarbeiter), die Organisatoren der Veranstaltung (einschließlich des Lokalen Organisationskomitees und/oder des Gastgeberverbandes) und die Eigentümer der Wettkampfstätten für solche Verletzungen oder Schäden habe.

Unterschrift Ahtletin

2. Erklärung über die Nichtschwangerschaft für Athletinnen unter 18 Jahren

Ort

_____._____._____

Datum

Name der Veranstaltung: _____

Ich, _____ bin einer der Eltern/Erziehungsberechtigten von _____ und erkläre in ihrem Namen, dass sie nicht schwanger ist. Ich verstehe die Ernsthaftigkeit dieser Erklärung und übernehme die volle Verantwortung dafür, falls sich diese Erklärung später als unrichtig oder falsch erweist und _____ während der Veranstaltung eine damit verbundene Verletzung oder Beschädigung erleidet, bin ich im Namen von _____ ihre Erben, Testamentsvollstrecker und Verwalter, verzichten und stellen alle Schadenersatzansprüche, die sie gegen den/die MTBD/IKBF (einschließlich ihrer Beamten und Mitarbeiter), die Organisatoren der Veranstaltung (einschließlich des Lokalen Organisationskomitees und/oder des Gastgeberverbandes) und die Eigentümer der Wettkampfstätten wegen solcher Verletzungen oder Schäden hat, frei.

Unterschrift des Elternteils/Erziehungsberechtigten