

Medizinisches Beurteilungsformular - Eisschwimmen

Gültig für 12 Monate ab dem Datum der Untersuchung

Vollständiger Name: _____

Datum der Untersuchung: _____

ABSCHNITT A – ANGABEN ZUM SCHWIMMER

(auszufüllen vom Schwimmer)

Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ): _____ Alter: _____ Jahre

PARA (ja / nein): _____

Geschlecht: M / W / D _____

Anschrift / Straße: _____

Ort: _____ Postleitzahl: _____ Land: _____

E-Mail-Adresse: _____ Telefon: _____

Beruf: _____

Nächster Angehöriger (Name): _____ Telefon: _____

ABSCHNITT A1 – SCHWIMMDETAILS

(auszufüllen vom Schwimmer)

Maximale Schwimmdistanz (m): _____

Geplante Schwimmtermine (Monat): _____

Erwartete Wassertemperatur: _____

ABSCHNITT B – MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE DES SCHWIMMERS

(auszufüllen vom Schwimmer)

Hatten Sie oder wissen Sie von folgenden Beeinträchtigungen: (Ja/Nein – Falls ja, bitte kurz erläutern)

1. Bluthochdruck?

2. Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?

3. Eine Herzerkrankung oder einen Schlaganfall? (Falls ja, Datum des letzten Auftretens)

4. Ohnmacht oder Bewusstlosigkeit während oder nach dem Sport?

5. Unerwartete Schwindelanfälle während oder nach dem Sport?

6. Schmerzen, Engegefühl oder Schweregefühl in der Brust während oder nach dem Sport?

7. Kurzatmigkeit oder ungewöhnlich schnelle Ermüdung beim Sport?

8. Herzschrittmacher oder Defibrillator? (Falls ja, Datum der Implantation)

9. Marfan-Syndrom (erblich bedingte Erkrankung des Bindegewebes)?

FAMILIENVORGESCHICHTE – Herz-Kreislauf-Erkrankungen

10. Hatte ein naher Verwandter einen Herzinfarkt oder plötzlichen Herztod vor dem 50. Lebensjahr?

11. Wurde bei einem nahen Verwandten eine Herz-Kreislauf-Erkrankung diagnostiziert (z. B. Kardiomyopathie, Marfan-Syndrom, Long-QT-Syndrom, Herzrhythmusstörungen oder Notwendigkeit eines Schrittmachers)?

ALLGEMEINE GESUNDHEIT – WEITERE FRAGEN

12. Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma, Schlafapnoe, andere)?

13. Asthmaanfall mit dringender medizinischer Behandlung in den letzten 12 Monaten?

14. Magen-Darm-Beschwerden (Reflux, entzündliche Darmerkrankung, Reizdarm, andere)?

15. Blutgerinnungsstörungen oder frühere Thrombosen?

16. Epilepsie, Parkinson, Migräne, andere neurologische Erkrankungen?

17. Muskel- oder Gelenkerkrankungen (rheumatische Beschwerden)?

18. Sehprobleme?

19. Hormonelle Erkrankungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, andere)?

20. Psychische Erkrankungen (z. B. Depression, Angst, ADHS, Autismus-Spektrum-Störung usw.)?

21. Hauterkrankungen (z. B. Psoriasis, Ekzeme)?

22. Weitere Krankheiten oder Behinderungen, die noch nicht erwähnt wurden?

23. Frühere Operationen (bitte auflisten)

24. Aktuelle Medikamente

25. Allergien

26. Krankenhausaufenthalte in den letzten fünf Jahren? (Falls ja, warum?)

27. Wurde Ihnen eine Lebensversicherung verweigert? (Falls ja, warum?)

28. Wurde Ihnen mitgeteilt, dass körperliche Aktivität für Sie gefährlich ist? (Falls ja, warum?)

29. Haben Sie eine IISA-Medizinprüfung bereits nicht bestanden? (Falls ja, warum?)

30. Frühere Erfahrungen mit Kaltwasserschwimmen

31. Datum und Distanzen der letzten zwei Jahre

32. Probleme beim Wiedererwärmen (z. B. Unterkühlung, Herzrhythmusstörungen)?
(Falls ja, bitte angeben)

33. Erfahrungen in großer Höhe? (Falls ja, bitte angeben)

34. Probleme in großer Höhe? (Falls ja, bitte angeben)

BEMERKUNGEN

ERKLÄRUNG DES SCHWIMMERS

Hiermit erkläre ich nach bestem Wissen, dass ich mich in gutem allgemeinen Gesundheitszustand befinde und alle relevanten Informationen angegeben habe, die für diese Beurteilung oder meinen Eisschwimmversuch wichtig sein könnten.

Ich ermächtige meinen Arzt und das medizinische Personal, relevante Informationen an meinen Mediziner oder das Sicherheitsteam weiterzugeben.

Mir ist bewusst, dass ein Eisschwimmen eine extreme mentale und körperliche Herausforderung darstellt.

Ich verpflichte mich, die IISA sowie das medizinische und sicherheitstechnische Personal über jegliche Änderungen meines Gesundheitszustands zwischen dieser Untersuchung und dem Schwimmtermin zu informieren.

Ich übergebe dieses Formular den Schwimmbeobachtern / IISA-Offiziellen / medizinischen Prüfern und füge es meinem Antrag zur Swim-Verifikation bei.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Schwimmen auf eigene Gefahr erfolgt. Ich verstehe alle Risiken und mache niemanden für etwaige Vorfälle während des Schwimmens verantwortlich.

Datum: _____ Unterschrift: _____

ABSCHNITT A und B zum untersuchenden Arzt mitnehmen.

ABSCHNITT C – FÜR DEN UNTERSUCHENDEN ARZT

(max. 12 Monate vor dem Wettkampf)

Der Schwimmer beabsichtigt, an einem Eisschwimmen teilzunehmen.

Ein Eisschwimmen erfordert das Schwimmen bei einer Wassertemperatur von **5 °C oder weniger**, ohne Hilfsmittel, nur mit **normaler Badebekleidung, einer Badekappe und einer Schwimmbrille**.

Bitte geben Sie das Ergebnis Ihrer Untersuchung an:

VOR DEM SCHWIMMEN – MEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG

- Gewicht _____ kg
- Größe _____ cm
- BMI _____
- Körpertemperatur _____ °C
- Taillenumfang _____ cm
- Schwanger _____
- Behinderung _____

ALLGEMEINE UNTERSUCHUNG

- Puls _____
- Blutdruck _____

Herz-Kreislauf-Untersuchung

- Atemfrequenz _____
- Sauerstoffsättigung _____
- Peak Flow _____

Atemsystem-Untersuchung

- HNO (Ohren, Rachen) _____
- Bauchuntersuchung _____
- Neurologische Untersuchung _____
- EKG-Befund _____

ÄRZTLICHE ERKLÄRUNG

Name des Schwimmers: _____

Nach meiner Untersuchung bestehen keine medizinischen Einwände, die den oben genannten Schwimmer daran hindern würden, am Eisschwimmen teilzunehmen.

Name des Arztes: _____

Datum: _____

Vollst. Adresse: _____

E-Mail: _____

Qualifikationen: _____

Unterschrift: _____

Stempel des Arztes