Dieser nachfolgende Text ist eine nichtamtliche Übersetzung aus der englischen Sprache. Im Zweifelsfall gilt das englische Original (IISA medicals form).
Zu finden unter:
https://internationaliceswimming.com/iisa-rules/

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)

    _____

35. Sind sie schwanger? (ja / nein)
    (IISA erlaubt keine Teilnahme am Eisschwimmen während der Schwangerschaft.

    _____

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:** _____

Für Schwimmer unter 18 Jahren muss ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter das medizinische Formular ausfüllen bzw. überprüfen und unterschreiben.

Unterschrift Eltern oder Erziehungsberechtigte: _____

Ort und Datum: _____

Rechtliche Beziehung zum Schwimmer: _____
(Eltern, Bruder / Schwester ...)

Telefonnummer zum Erziehungsberechtigten: _____

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