

### Allgemeine Daten

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Mitgliedschaft

Mitglied im VlbG. Sportverein

Kadermitglied im Landesfachverband

### Für Vereinsmitglieder, vom Verein bestätigen lassen

Hiermit bestätigt der \_\_\_\_\_ FC Thüringen \_\_\_\_\_ (Verein),  
dass \_\_\_\_\_ Mitglied des Vereins ist.

### Für Kadermitglieder, vom Fachverband bestätigen lassen

Hiermit bestätigt der \_\_\_\_\_ (Fachverband),  
dass \_\_\_\_\_ Mitglied des Vorarlberger Auswahlkaders ist.

Thüringen,

Ort, Datum



Unterschrift/Stempel  
(Verein/Fachverband)

## Auswahl der Untersuchung

---

### Sport-Basisuntersuchung für alle Wettkampfsportler:innen in Sportvereinen

(Untersuchung durchgeführt von Ärzt:innen für Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Sportärzt:innen)

**Selbstbehalt: € 30, --** (Beitrag LAND/ÖGK/UNIQA: € 60, --)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Größe und Gewicht            | <input type="checkbox"/> Harn, Blutbild         |
| <input type="checkbox"/> Orthopädischer Status        | <input type="checkbox"/> Internistischer Status |
| <input type="checkbox"/> Ärztliches Beratungsgespräch | <input type="checkbox"/> <b>Ruhe EKG</b>        |

---

### Sportklinische Untersuchung ab 12 Jahren für Kaderathlet:innen im Landesfachverband

(Untersuchung durchgeführt von Sportärzt:innen)

**Selbstbehalt: € 75, --** (Beitrag LAND/ÖGK/UNIQA: € 150, --)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Größe und Gewicht       | <input type="checkbox"/> Harn, Blutbild                 |
| <input type="checkbox"/> Orthopädischer Status   | <input type="checkbox"/> Internistischer Status         |
| <input type="checkbox"/> Ruhe EKG                | <input type="checkbox"/> Belastungs-EKG auf dem Fahrrad |
| <input type="checkbox"/> <b>Ruhe-Spirometrie</b> |   |

---

Vom Arzt auszufüllen und zusammen mit der Vereinsbestätigung bezüglich Verrechnung des Landesbeitrages an das Amt der Vorarlberger Landesregierung, Sportreferat, Römerstr. 15, 6900 Bregenz, senden.

Bitte beachten Sie, dass nur ein **vollständig ausgefülltes Formular** bearbeitet wird.  
**Selbstbehalt bitte direkt vom zu Untersuchenden kassieren.**

IBAN (Arzt): \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Arzt