

# MEDICAL CODE - MotorradSPORT

## Ärztliche Untersuchung bis zum 14. und ab dem 50. Geburtstag Altersunabhängig: für FIM und FIM-Europe Lizenzen und Cross-Country Lizenzen

Die zu untersuchende Person beantragt bei der Austrian Motorsport Federation die Ausstellung einer Sportlizenz für die Teilnahme an nationalen und internationalen Motorsportveranstaltungen.

Jeder Teilnehmer bzw. jede Teilnehmerin an Motorsport-Veranstaltungen muss gesund (fit) sein, daher ist eine ärztliche Untersuchung erforderlich.

Bis zum 14. und ab dem 50. Geburtstag, sowie für FIM & FIM-Europe Lizenznehmer:innen und Cross-Country Starter:innen altersunabhängig, ist eine Untersuchung (Medical Code) durchzuführen. Die Untersuchung kann auch vom Hausarzt oder der Hausärztin durchgeführt werden.

### Notwendige zu unterfertigende Formulare:

**Formular A** - Vorgeschichte

**Formular B** - Ärztliche Untersuchung

### Ziel der Untersuchung:

Der bzw. die Antragsteller:in muss physisch und mental in der Lage sein, ein Auto unter Kontrolle zu halten, die Sicherheit aller Beteiligten einer Motorsportveranstaltung darf nicht gefährdet sein.

### Bestimmte Behinderungen schließen die Ausstellung einer AMF-Motorsportlizenz aus:

<b>Gliedmaßen</b>	Der Antragsteller bzw. die Antragsstellerin muss eine normale Funktion der Gliedmaßen haben, um während einer Veranstaltung das Auto völlig unter Kontrolle halten zu können. Bei Verlust oder eingeschränkter Funktion einer oder eines Teils einer Extremität: Antragsteller:innen können ein Mitglied der Medizinischen Kommission der AMF konsultieren.
<b>Sehvermögen</b>	Das Sehvermögen sollte nicht weniger als 6/6 (1.0 oder 10/10) auf jedem Auge betragen (wenn erforderlich mit jeder Art von Sehhilfe). Bei Verdacht auf Farbenblindheit setzen sich Antragsteller:innen bitte mit dem AMF-Sekretariat in Verbindung.
<b>Diabetes</b>	Diabetiker:innen die ihre Krankheit unter Kontrolle haben und bei denen keine hypo- oder hyperglykämischen Anfälle bzw. im ophthalmoskopischen Bereich keine vaskulären Komplikationen auftreten, sind zur Teilnahme als tauglich anzusehen.
<b>Kardio-Vaskuläres-System</b>	Bei Blutdruck- und Herzrhythmusstörungen, nach Herzanfall oder einer kardio-vaskulären Krankheit muss ein zusätzliches Attest eines Kardiologen eingereicht werden.
<b>Taubheit</b>	Völlige Taubheit auf beiden Ohren: die Ausstellung einer AMF-Lizenz ist nicht gestattet.
<b>Neurologische und psychische Störungen</b>	Antragsteller:innen, die unter schweren neurologischen oder psychischen Störungen leiden, erhalten keine AMF-Lizenz.
<b>Epilepsie</b>	Epileptiker:innen, auch wenn sie nur einen einzigen epileptischen Anfall bzw. einen unerklärbaren plötzlichen Anfall von Bewusstlosigkeit erlitten haben, darf keine AMF-Lizenz ausgestellt werden.
<b>Alkohol- und Drogenabhängigkeit</b>	Antragsteller:innen, die alkohol- oder drogenabhängig sind, erhalten keine Lizenz.

### Ärztliches Vorgehen bei Zweifeln an der Tauglichkeit

Der untersuchende Arzt bzw. die untersuchende Ärztin kann aus medizinischen Gründen die Befürwortung verweigern.

In diesem Fall füllt der Arzt bzw. die Ärztin das Formular B aus, unterschreibt es und sendet es mit Anmerkungen an die AMF. Er bzw. sie kann darauf hinweisen, dass der Antragsteller bzw. die Antragsstellerin von einem Mitglied der Medizinischen Kommission der AMF bzw. von einem von der AMF bestimmten Arzt bzw. Ärztin untersucht wird. Der Sportler bzw. die Sportlerin kann sich jederzeit an die AMF wenden.

### Kosten der medizinischen Untersuchung

Alle für die medizinische Untersuchung oder das ärztliche Attest entstehenden Kosten gehen zu Lasten des Antragstellers bzw. der Antragstellerin. Die ärztliche Untersuchung darf bei Ersteinreichung der Lizenz nicht älter als 3 Monate sein, gilt aber für weitere Lizenzanträge derselben Saison.



**AUSTRIA  
MOTORSPORT**

**Austrian Motorsport Federation**

Baumgasse 129 | 1030 Wien | +43 1 711 99 33000 | austria-motorsport@oamtc.at  
ZVR 730335108 | UID ATU36821301

[www.austria-motorsport.at](http://www.austria-motorsport.at)

# MEDICAL CODE | Arzt-Vorlage

## MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

### bis zum 14. und ab dem 50. Geburtstag für Motorradfahrer:innen

#### Persönliche Angaben des Antragstellers bzw. der Antragstellerin

Männlich	Weiblich	Divers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Straße	
PLZ   Ort	

Bewusstseinsstörungen Schwindel, Kopfschmerzen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Sehstörungen (ausgenommen Sehhilfen)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Asthma	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Medikamentenallergie	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Diabetes	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Störung der Herzfunktion	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Störung der Kreislaufregulation	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Störung des Magen-/Darmtraktes	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Störung der Harnorgane	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Epilepsie oder Krampfleiden	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Psychische Erkrankungen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Krankhafte Veränderungen an Armen und Beinen (Muskel und Gelenke)	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Störung der Blutgerinnung	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Operationen	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

#### Weitere Details, falls JA angekreuzt wurde:

- ▶ Ich bin nicht aus medizinischen Gründen von der Teilnahme an anderen Sportarten ausgeschlossen.
- ▶ Ich nehme keine Drogen und bin nicht alkoholabhängig.
- ▶ Ich erkläre hiermit, dass diese Angaben der Wahrheit entsprechen.
- ▶ Im Fall einer Verletzung entbinde ich das medizinische Personal von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber der Rennleitung, der AMF sowie dem ÖAMTC.
- ▶ Ich stimme zu, dass die Informationen des medizinischen Untersuchungsformulars der AMF zugesandt werden dürfen.
- ▶ Ich bzw. alle meine Vertretungsberechtigten bestätige(n) mit meiner/ihrer Unterschrift die Information zum Datenschutz vollinhaltlich zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort   Datum

Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin (bei Minderjährigen alle Vertretungsberechtigten)

#### Allgemeine Information zum Datenschutz:

Der ÖAMTC/AMF\* verarbeitet Ihre im Antragsformular angegebenen personenbezogenen Daten sowie die von Ihnen zur Verfügung gestellten Unterlagen (Lichtbildausweis, Passfoto, ärztliches Zeugnis und Medical Code Formular A und Formular B) im Rahmen der Lizenzausstellung und Verrechnung und gibt die Daten zum Zweck der Freigabeanfrage bei ausländischen Lizenznehmern an die zuständige Föderation, zum Zwecke der Unfallversicherung und Abwicklung an die Uniqia Österreich Versicherung AG weiter. Ohne Bereitstellung der notwendigen Daten ist eine Lizenzausstellung nicht möglich.

Ihre angegebenen medizinischen Informationen sowie der Medical Code sind aufgrund von öffentlichen Gesundheits- und Sicherheitsinteressen nach Art. 9 Abs. 2 lit g DSGVO notwendig und werden zum Zweck der Lizenzabwicklung für Motorsport-Veranstaltungen verarbeitet. Ihre Daten werden grundsätzlich für die Dauer der aufrechten Lizenz und darüber hinaus nur im Rahmen der gesetzlichen Aufbewahrungspflichten (UGB, ABGB etc.) aufbewahrt. Im Lizenzprogramm der ÖAMTC/AMF werden Ihre Daten zur Dokumentation der Lizenzkategorie (Lizenzstufe, Berechtigungen, etc.) ferner archiviert. Darüber hinaus verarbeitet der ÖAMTC/AMF ihre Daten (Vornamen, Familienname, Alter und E-Mail-Adresse) im Rahmen berechtigter Interessen für notwendige Verbandstätigkeiten wie Fahrervertreterwahlen, für Wertungen von AMF Bewerbungen, ect.

Wenn Sie eingewilligt haben, verarbeitet der ÖAMTC/AMF darüber hinaus ihre Daten (Vornamen, Familienname, Alter und E-Mail-Adresse), um Ihnen Informationen über mögliche Programme (z.B. für Nachwuchsförderung, F1 Grid Kids), Veranstaltungen (z.B. Messen) sowie wichtige sportrelevante Informationen seitens der AMF Fahrervertreter sowie des AMF Sekretariats online per E-Mail zuzusenden. Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden Daten sowie auf Berichtigung und Löschung der Daten. Sie können ferner die Datenverarbeitung einschränken lassen und Widerspruch dagegen erheben sowie die Übertragung der von Ihnen bereit gestellten Daten an andere Verantwortliche verlangen und erteilte Einwilligungen jederzeit widerrufen. Diese Rechte können Sie schriftlich an Austria Motorsport, Datenschutz, Baumgasse 129, 1030 Wien, oder per E-Mail an [austria-motorsport@oamtc.at](mailto:austria-motorsport@oamtc.at) ausüben. Darüber hinaus haben Sie das Recht, bei Bedenken gegen die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten Beschwerde bei der Datenschutzbehörde einzubringen.

\*Österreichischer Automobil-, Motorrad- und Touring Club (ÖAMTC) in seiner Funktion als Austrian Motorsport Federation (kurz AMF), 1030 Wien, Baumgasse 129, ZVR730335108, E-Mail-Adresse [austria-motorsport@oamtc.at](mailto:austria-motorsport@oamtc.at)



Austrian Motorsport Federation

Baumgasse 129 | 1030 Wien | +43 1 711 99 33000 | [austria-motorsport@oamtc.at](mailto:austria-motorsport@oamtc.at)

ZVR 730335108 | UID ATU36821301

[www.austria-motorsport.at](http://www.austria-motorsport.at)

AUSTRIA  
MOTORSPORT

# MEDICAL CODE | Formular B

## MEDIZINISCHE VORGESCHICHTE

### bis zum 14. und ab dem 50. Geburtstag für Motorradfahrer:innen

Persönliche Angaben des Antragstellers bzw. der Antragstellerin

Männlich	Weiblich	Divers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vor- und Nachname	Geburtsdatum
Straße	
PLZ   Ort	

Vom Arzt bzw. der Ärztin auszufüllen

Blutdruck	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>	
Puls	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>	
Atmung	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>	
Nervensystem	zentral	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
	peripher	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>

HNO					
speziell vestibulo-cochleares System	rechts	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
	links	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>

BEWEGUNGSAPPARAT					
Arm	rechts	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
	links	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
Bein	rechts	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
	links	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
Wirbelsäule		Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
Abdomen (hernia)		Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
Harn	Albumin	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
	Zucker	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>

AUGEN					
Weitsichtigkeit					
ohne Korrektur		Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
		Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
mit Korrektur		Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
		Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>

Cross Country Lizenzen:

Herz-Kreislauf Ergometrie	Normal	<input type="checkbox"/>	Abnormal	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------	--------------------------	----------	--------------------------

Weitere Details, falls JA angekreuzt wurde:

- Ich bestätige, dass die untersuchte Person fit ist, an Motorradsport Veranstaltungen teilzunehmen.
- Ich bestätige, dass die untersuchte Person nicht fit ist, an Motorradsport Veranstaltungen teilzunehmen.
- Ich empfehle, dass sich die Person an das AMF-Sekretariat wendet und von einem von einem Mitglied der Medizinischen Kommission der AMF oder einem von ihr beauftragten Arzt untersucht wird.

Ort   Datum
-------------

Name des Arztes bzw. der Ärztin bitte in Blockschrift, Unterschrift und Stempel
---



AUSTRIA  
MOTORSPORT

Austrian Motorsport Federation

Baumgasse 129 | 1030 Wien | +43 1 711 99 33000 | austria-motorsport@oeamtc.at

ZVR 730335108 | UID ATU36821301

www.austria-motorsport.at