

**Verbandsbüro**  
A-9020 Klagenfurt  
Ehrentalerstr. 21

T 0463 / 420 024  
F 0464 / 420 025  
E [office@kickboxen.com](mailto:office@kickboxen.com)  
E [office@ifmamuaythai.at](mailto:office@ifmamuaythai.at)

[www.kickboxen.com](http://www.kickboxen.com)  
[www.ifmamuaythai.at](http://www.ifmamuaythai.at)

Klagenfurt, 02.06.2008

ZVR-Zahl: 397547880

## Österreichische Neulingsmeisterschaft 2008 im Vollkontakt Kickboxen

### Ausschreibung und Einladung

für die am Samstag, den 5. Juli 2008 stattfindende **Österreichische Neulings-Meisterschaft im Vollkontakt-Kickboxen (bis 5 Kämpfe), Allgemeine Klasse** in Klagenfurt/Kärnten.

**Veranstalter:** CKF Union Klagenfurt

**ÖBFK Verantwortlicher:** Otmar Felsberger

**Ausrichter:** Österreichischer Bundesfachverband für Kickboxen

**Veranstaltungsort:** Sporthalle St. Peter, Reichenberger Straße, 9020 Klagenfurt

#### **Zeitplan:**

##### **Freitag, 04.7.2008**

Sporthalle St. Peter  
Abwaage, Sportpasskontrolle und ärztliche Untersuchung  
19:00 – 19:30 Uhr Kärnten, Steiermark, Salzburg  
19:30 – 20:00 Uhr Burgenland, Tirol, Oberösterreich  
20:30 – 21:00 Uhr Niederösterreich, Vorarlberg, Wien  
21:00 Uhr Auslosung

##### **Samstag, 05.7.2008**

Sporthalle St. Peter  
Abwaage, Sportpasskontrolle und ärztliche Untersuchung\*  
08:00 – 09:00 Uhr Kärnten, Steiermark, Salzburg, Burgenland, Tirol,  
09:00 – 10:00 Uhr Oberösterreich, Niederösterreich, Vorarlberg, Wien  
10:45 Uhr Coachbesprechung  
11:00 Uhr Beginn der Ausscheidungskämpfe mit anschließenden  
Finalkämpfen  
19:00 Uhr Ausgewählte Finalkämpfe

\*Achtung – Ein Auf- oder Absteigen in einer Gewichtsklasse ist am Samstag nicht mehr möglich, da die Auslosung und die Kampfreihenfolge bereits am Freitag erfolgt.

**Anmeldung:** Online unter [www.kickboxen.com](http://www.kickboxen.com)  
Link – Anmeldung zur ÖSTM & ÖM Vollkontakt auf der Startseite - Anmeldung Vollkontaktmeisterschaft

**Meldeschluss:** 2. Juli 2008 – Keine Nachmeldung am Turniertag

### Gewichtsklassen/Teilnahmeberechtigung

#### **Vollkontakt, Allgemeine Klasse**

Teilnahmeberechtigt sind alle Sportler ab 16 Jahren (Jg. 1992 und älter) mit gültiger Einverständniserklärung der Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen.

| Vollkontakt |       |       |         |       |       |       |       |       |       |       |
|-------------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| H           | -57kg | -60kg | -63,5kg | -67kg | -71kg | -75kg | -81kg | -86kg | -91kg | +91kg |
| D           |       |       |         |       |       | -52kg | -56kg | -60kg | -65kg | +65kg |

Startberechtigte sind ausschließlich Mitglieder des ÖBFK mit einem ÖBFK Sportpass mit gültiger ÖBFK Jahressichtmarke 2008. Ebenfalls muss der Jahresbeitrag 2008 vom jeweiligen Verein einbezahlt sein.

Der Sportler darf nicht mehr als 5 Kämpfe in einer Vollkontaktsport Kampfsportart bestritten haben. (z.B. Muay Thai, Boxen, Savate, Taekwondo etc. – 5 Leichtkontaktkämpfe gelten als 1 Vollkontaktkampf)

Der Verein und Trainer ist für die Einhaltung dieser Regel verantwortlich.

An österreichischen Meister- und/oder Staatsmeisterschaften dürfen österreichische Staatsbürger teilnehmen. Angehörige anderer Nationalitäten dürfen an österreichischen Meister- und/oder Staatsmeisterschaften nur teilnehmen wenn sie die folgenden Kriterien erfüllen:

- Sie müssen ihren ordentlichen Wohnsitz in Österreich haben;
- Sie müssen in Österreich sozialversichert sein;
- Sie müssen seit mindestens drei Jahren im Besitz eines ordentlichen Sportpasses des ÖBFK mit gültiger Jahressichtmarke sein.

Jeder Teilnehmer/Teilnehmerin muss die **(sport)-ärztliche Erstuntersuchung** und die jährliche (sport)-ärztliche Untersuchung im Sportpass vorweisen und die **Einverständniserklärung für die Teilnahme** ausgefüllt bei der Registrierung abgeben.

#### EKG in der Allgemeinen Klasse:

Ab dem 36. Lebensjahr ist eine Teilnahme nur möglich, wenn der Sportler ein Ausbelastungs-EKG (Bitte beiliegendes Formular verwenden) nicht älter als 1Jahr vorlegt.

#### Startgebühr:

€ 15,00 pro Teilnehmer

**Wettkampfregeln:**

Es gilt das ÖBFK Wettkampfreglement

**Doping:**

Es gelten die Dopingbestimmungen des Österreichischen Anti-Doping Comité.

**Haftungsausschluss:**

Die Teilnahme erfolgt auf eigene Gefahr. Die Haftung des ÖBFK, seiner Funktionäre, Schiedsrichter oder sonstigen Hilfskräfte beschränkt sich auf grobfahrlässig oder vorsätzliche zugefügte Schäden.

**Österreichischer Bundesfachverband für Kickboxen**



Otmar Felsberger  
Geschäftsführer

Dr. Reinhard Guschlbauer e.h.  
Sportdirektor

# Verpflichtende Einverständniserklärung für Teilnehmer an ÖM/ÖSTM

Ich erkläre als Eigenberechtigter oder als Erziehungsberechtigter, dass meine Nennung und Teilnahme bzw. die meines Sohnes / meiner Tochter an folgendem Wettkampf freiwillig und auf eigenes Risiko geschieht:

Name des Wettkämpfers: \_\_\_\_\_

Datum des Wettkampfes: \_\_\_\_\_

Gewichtsklasse/Disziplin: \_\_\_\_\_

Im Falle eines Sportunfalls, insbesondere einer erlittenen Verletzung oder einer Beschädigung der Ausrüstung im Zuge oder im Zusammenhang mit oben angeführter Veranstaltung, verzichte ich im eigenen bzw. im Namen meines Sohnes / meiner Tochter auf jegliche Schadensersatzforderung gegen die Wettkampfgegner, deren und dem eigenen Verein, Trainer, Betreuer, die Österreichische Bundes-Sportorganisation (BSO), den ÖBFK, die World Association of Kickboxing Organisation (WAKO), die International Federation of Muaythai Amateur (IFMA) sowie den Ausrichter, Veranstalter und das Kampfgericht.

Mir im Falle einer eigenen Wettkampfteilnahme bzw. meinem Sohn / meiner Tochter sind die Wettkampf- und Sicherheitsbestimmungen des ÖBFK, sowie die Dopingbestimmungen der Österreichischen Bundes-Sportorganisation (BSO) und des Österreichischen Anti-Doping-Comité (ÖADC) bekannt. Mein Gesundheitszustand bzw. der Gesundheitszustand meines Sohnes / meiner Tochter entspricht den in seinem / ihren Sportpass eingetragenen Bestimmungen.

Ich (im Falle einer eigenen Wettkampfteilnahme) bzw. mein Sohn / meine Tochter unterliegt(e) keiner Sperre, insbesondere keiner KO Sperre und ich nehme bzw. er / sie nimmt keine Dopingmittel.

Über die möglichen Verletzungs- und Unfallfolgen bei der Ausübung eines Kampfsportes bin ich ausreichend informiert.

Datum und Unterschrift des (r) Sportlers /Sportlerin: \_\_\_\_\_

Ich, ..... erkläre mich Einverstanden,  
Name in BLOCKSCHRIFT

dass mein(e) Sohn/Tochter, .....  
Name in BLOCKSCHRIFT

am oben angeführtem Wettkampf, zu den oben angeführten Bedingungen  
teilnimmt.

....., am .....  
Ort Datum Unterschrift des Erziehungsberechtigten

## ÖBFK Registrierung – bitte nicht ausfüllen (Doppelstart möglich)

Klasse:  ÖSTM Vollkontakt Herren/Damen  ÖM VK Neuling Herren/Damen  ÖM Muay Thai Herren/Damen

Gewicht: \_\_\_\_\_  
aktuelles Gewicht

Turnierleitung: \_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

## BESTÄTIGUNG DER WETTKAMPFTAUGLICHKEIT FÜR KAMPFSPORT (KICKBOXEN, MUAY THAI, BOXEN etc.)

Verbindlich für alle Sportler, welche am Tag des Wettkampfes (Stichtag) in der Disziplin

- Semikontakt das 40. Lebensjahr,
- Leichtkontakt das 38. Lebensjahr und in den
- **Ringsportarten (Vollkontakt, Low Kick, K1, Muay Thai das 36. Lebensjahr erreichen.**

|   |   |
|---|---|
| <b>Name:</b>  | Bitte in Blockbuchstaben ausfüllen:   |
| <b>Durchgeführter Test:</b><br>(verpflichtend)  | <input type="checkbox"/> Symptomlimitierte Ausbelastung mit EKG und Blutdruck (RR) -monitoring                      |
| mit Bestimmung:<br><small>Verpflichtend für Kadermitglieder<br/>Freiwillig für Teilnehmer an ÖM oder ÖSTM</small> | <input type="checkbox"/> Laktatwerte <input type="checkbox"/> Atemgaswerte <input type="checkbox"/> Laktatabbaurate |

|                           |                                  |                                   |                          |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Testdurchführung mittels: | <input type="checkbox"/> Fahrrad | <input type="checkbox"/> Laufband | <input type="checkbox"/> |
|---------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|

| <u>Gesundheitliche Beurteilung</u> | Normal                   | Pathologisch             |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| EKG                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Blutdruckverhalten unter Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Erläuterungen:**

| <u>Leistungsfähigkeit</u>                           | Sollwert  | Istwert |
|---|-----------|---------|
| Istwert (erreichter Wert)                           |           |         |
| Sollwert (mindestens 140% des Altersreferenzwertes) |           |         |
| Relatives Leistungsvermögen                         | Min. 140% |         |

**Erläuterungen:**

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Startberechtigung wird erteilt!</b><br>Achtung – Eine Teilnahme ist nur möglich wenn das relative Leistungsvermögen 140% beträgt. | JA <input type="checkbox"/> | NEIN <input type="checkbox"/> |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

Datum:

Untersuchender Arzt

Ort:

Stempel und Unterschrift

## Ärztliche Tauglichkeitsbescheinigung und Startberechtigung

- I. Personen, die aufgrund körperlicher oder geistiger Gebrechen oder Funktionsstörungen nicht in der Lage sind die erforderlichen sportartspezifischen Leistungen ohne Gefahr für Gesundheit oder Leben zu erbringen, dürfen nicht als Kickboxer an Wettkämpfen teilnehmen.  
Dies gilt insbesondere auch für akute (und) konsumierende Erkrankungen mit der Gefahr von kardiopulmonaler Dekompensation.
- II. Im speziellen dürfen Personen, die unter die folgenden Punkte fallen, den Kickboxsport nicht wettkampfmäßig ausüben.
  - A **Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates:**  
angeborene oder erworbene Veränderungen, die zu Schädigungen der sportausübenden Person führen können, (z. B.: Wirbelgleiten – Spondylolisthesis; Nucleus pulposus-protrusion oder Prolaps mit neurologischen Ausfällen; Bandscheibenerkrankungen; höhergradige Hüftgelenksveränderungen – Dysplasien; Abnützungserscheinungen, die klinisch in Erscheinung treten – Arthrosen; Zustand nach Knochenbrüchen (sowohl konservativ als auch operativ behandelte), unter einer angemessenen Heilungs- und Rehabilitationsfrist – klinische und röntgenologische Kontrolle der Bruchspaltheilung.
  - B **Organerkrankungen:**
    1. Entfernung oder Funktionsausfall eines, von paarig angelegten Organen.
    2. Herz-, Kreislauf- und Lungenerkrankungen mit nachweisbaren kardiopulmonalen Funktionsstörungen.
    3. Nierenerkrankungen mit Funktionsstörungen und, bzw. oder Auswirkungen auf Herz und Kreislauf.
  - C Erkrankungen des Blutes und blutbildender Organe, insbesondere Blutgerinnungsstörungen.
  - D Stoffwechselerkrankungen mit Dekompensationsgefahr, z. B. juveniler Diabetes mellitus.
  - E Eingeweidebrüche mit Teileventration.
  - F Gefäßveränderungen (z. B. Aneurysmen), höhergradige Durchblutungsstörungen oder Stauungen.
  - G Neurologische Affektionen mit Verschlimmerungstendenz, Geisteskrankheiten inklusive Süchtigkeiten und hirnpathologische Ausfälle.

#####

(hier abtrennen  
und abstempeeln!)

- H Augenkrankheiten mit Sehstörungen (Erblindung, Verlust, Gesichtsfeldausfälle, Halbseitenblindheiten). Hochgradige Veränderungen der Sehschärfe: Sehfehler von mehr als 5 Dioptrien dürfen nur nach Vorlage eines zustimmenden fachärztlichen Gutachtens zum Kickboxen zugelassen werden. Dies tritt auch für Erkrankungen mit der Gefahr einer Netzhautablösung zu.
  - I Krankheiten des Gehörs und Gleichgewichtsorganes: Ab einer Herabsetzung der Hörschärfe für laute Umgangssprache auf weniger als 2 Meter.
- All diese oben angeführten Punkte sind Orientierungsrichtlinien, wobei sich der Verbandsarzt des Österreichischen Bundesfachverbandes für Kickboxen Erweiterungen, Ergänzungen und Entscheidungen in letzter Instanz vorbehält. Bei Unsicherheit über die Tauglichkeitsbescheinigung ist der Verbandsarzt zu konsultieren.**

## Ärztliche Erstuntersuchung

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Verein: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### ÄRZTLICHE BESTÄTIGUNG:

| ERSTUNTERSUCHUNG       |                                     |                           |
|------------------------|-------------------------------------|---------------------------|
| Datum der Untersuchung | Stempel und Unterschrift des Arztes | Ergebnis der Untersuchung |
|                        |                                     |                           |