

# Sporttauglichkeitsuntersuchung



männlich  weiblich

Name .....

Adresse .....

Geburtsdatum .....

Untersuchungsstelle .....

Verein .....

Sportart .....

Unterschrift .....

Untersuchungsdatum .....

Für den Wettkampfsport  tauglich  untauglich\*

Familienanamnese	Relevante Erkrankungen	Medikamente	*Begründung/ zeitliche Begrenzung
Herz-Kreislaufisiko ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

**Trainingsanamnese**

Sportart spezifisch: .....Std/Wo      Ausdauer .....Std/Wo      Kraft .....Std/Wo      Andere .....Std/Wo

/    
  /min   
  kg   
  cm   
  %   
  kg/m<sup>2</sup>

**Internistisch**

	auffällig    unauffällig	
Herz .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund .....
Lunge .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Bauch .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Leiste .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Lymphknoten .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Abklärung bzw. Kontrolle wegen .....

**Orthopädisch**

	auffällig    unauffällig	
Wirbelsäule .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund .....
Hüfte .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Obere Extremität ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Untere Extremität ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**Muskelfunktion**

	Ja    Nein		abgeschwächt    verkürzt		abgeschwächt    verkürzt
Haltungsschwäche ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Schulterblattfixatoren ...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hüftstrecker .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	abgeschwächt    verkürzt	Hüftbeuger .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Wadenmuskulatur .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bauchmuskulatur .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kniestrecker .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Unterarmmuskulatur .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**Sonstige Befunde**

	auffällig    unauffällig	
HNO (Hören) .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund .....
Augen (Sehen) .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Haut .....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Neurol. / Psych. ....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<p><b>EKG</b></p> <p>auffällig    unauffällig</p> <p><input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>	<p><b>Bemerkungen</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	--