

## Sporttauglichkeitsuntersuchung



männlich  weiblich

Name .....

Adresse .....

Geburtsdatum .....

Untersuchungsstelle .....

Verein .....

Sportart .....

# Stempel

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

RR / mmHg    Puls /min    Gewicht kg    Größe cm    Fett %    BMI 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"/>	..Abklärung bzw. Kontrolle wegen.....
Leiste .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
Lymphknoten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 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"/>	..Abklärung bzw. Kontrolle wegen.....
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"/>
Bauchmuskulatur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüftbeuger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wadenmuskulatur .....	<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"/>	..Abklärung bzw. Kontrolle wegen.....
Neurol. / Psych. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

### EKG

auffällig      unauffällig  
           

### Bemerkungen

.....  
.....  
.....