

# 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"/>
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"/>

..Auffälliger Befund.....  
.....  
.....  
..Abklärung bzw. Kontrolle wegen.....

### Orthopädisch

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

..Auffälliger Befund.....  
.....  
.....  
..Abklärung bzw. Kontrolle wegen.....

### 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"/>
	<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"/>
Augen (Sehen).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurol. / Psych. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

..Auffälliger Befund.....  
.....  
.....  
..Abklärung bzw. Kontrolle wegen.....

### EKG

auffällig	unauffällig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Bemerkungen

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