

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 AusdauerStd/Wo KraftStd/Wo AndereStd/Wo

RR / mmHg Puls /min Gewicht kg Größe cm Fett % BMI kg/m²

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

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