

MUSTER



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Untersuchender Arzt _____
Verbandsarzt _____
Untersuchungsstelle _____
Untersuchungsdatum _____

A. Persönliche Daten

Name, Vorname _____
Straße _____
PLZ, Wohnort _____
Hauptsportart _____
Geburtsdatum _____
Heimtrainer _____
Landestrainer _____
Disziplin _____

B. Trainingsinhalt der letzten Trainingseinheit

Anzahl der Trainingsjahre in Hauptsportart
Trainingseinheiten pro Woche
Trainingsstunden pro Woche
Inhalt der letzten Trainingseinheit vor der Untersuchung _____

C. Allgemeinbefund

Körpergröße (cm)
Körpergewicht (kg)
Gynäkologische Befragung durchgeführt
Präparate _____
Anmerkung _____
Ernährung _____
Eigenanamnese _____
Familienanamnese _____
Körperfettanteil (BIA) %
Messgerät _____
Einnahme tgl. bei Bedarf

Auffälligkeiten

Sinnesorgane	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Lunge	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Nasen-/Rachenraum	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Abdominalorgane	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Halsregion	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Gefäßsystem	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Lymphknoten	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Nervensystem	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Zähne	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Haut	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	Sehhilfe	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen	_____				Visus (sc)	re	<input type="checkbox"/>	li	<input type="checkbox"/>
					Visus (cc)	re	<input type="checkbox"/>	li	<input type="checkbox"/>

MUSTER

D. Kardiopulmonale Gesundheitsbeurteilung

Ruhe-RR (syst./diast.) _____ mmHg
Ruhe-EKG auffällig? nein/ja _____
maximale Belastungsstufe _____ Watt/kg, m/s oder km/h
_____ HF/min

RR syst./diast. bei Belastung _____ mmHg
_____ Watt/kg, m/s oder km/h
Bel.-EKG auffällig? nein/ja _____

Bemerkung _____

Lungenfunktion	soll	ist	% soll
VC	<input type="text"/> l	<input type="text"/> l	<input type="text"/> %
FEV1	<input type="text"/> l	<input type="text"/> l	<input type="text"/> %
FEV1/VC	<input type="text"/> l	<input type="text"/> l	<input type="text"/> %

E. Laborstatus

Blutentnahme nein ja Urin auffällig nein ja

CRP	<input type="text"/> mg/l		
BKS Wert 1	<input type="text"/> mm	BKS Wert 2	<input type="text"/> mmol/l
HKT	<input type="text"/> %	Hb	<input type="text"/> mmol/l
Ery	<input type="text"/> $10^6/\mu\text{l}$	Leuko	<input type="text"/> $10^3/\mu\text{l}$
Glucose	<input type="text"/> mmol/l	Harnstoff	<input type="text"/> mmol/l
Kreatinin	<input type="text"/> $\mu\text{mol/l}$	Harnsäure	<input type="text"/> $\mu\text{mol/l}$
Gesamtcholesterin	<input type="text"/> mmol/l	HDL Cholesterin	<input type="text"/> mmol/l
γ -GT	<input type="text"/> U/l	SGPT	<input type="text"/> U/l
Kalium	<input type="text"/> mmol/l	Magnesium	<input type="text"/> mmol/l
Eisen	<input type="text"/> $\mu\text{mol/l}$	Ferritin	<input type="text"/> $\mu\text{g/l}$
Gesamt-CK	<input type="text"/> U/l	Triglyceride	<input type="text"/> mmol/l

MUSTER

F. Orthopädie

	X	A	B	C	Bemerkungen
Beckenstellung					
Wirbelsäule (Haltung, Krümmungsverhältnis)					
Wirbelsäulenbeweglichkeit					
Hüftgelenk					
Kniegelenk					
Sprungelenk/Füße					
Untere Gliedmaße (sonstiges)					
Schulter					
Ellenbogen/Unterarm					
Hand/Finger					
Obere Gliedmaßen (sonstige)					
Hypermobilität/Bänderschwäche					
Muskelstatus					

Beschwerden _____

Operationen _____

Präventive oder therapeutische Maßnahmen _____

G. Sonstiges

Sporttauglichkeit Ja Nein mit Einschränkung

Bemerkung _____

Beurteilung

Anamnese, Zusammenfassung der Befunde und sportmedizinische Beurteilung, einschließlich Hinweise für die Trainer*innen und den Athlet*innen:

Zur weiteren Abklärung von _____ Befund] bitte Fachärztin/Facharzt für [Facharzttrichtung] aufsuchen.