

Sporttauglichkeitsuntersuchung



männlich weiblich

Name

Adresse

Geburtsdatum

Untersuchungsstelle

Verein

Sportart

Stempel

Unterschrift

Untersuchungsdatum

Für den Wettkampfsport tauglich untauglich

Familienanamnese	Trainingsanamnese			
Herz-Kreislaufisiko ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sportart spezifisch	Stunden pro Woche	Kraft	Stunden pro Woche
	Ausdauer	Stunden pro Woche	Andere	Stunden pro Woche
RR / mmHg	Puls /min	Gewicht kg	Größe cm	Fett % BMI kg/l ²

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"/>	
			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"/>	
			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"/>
			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"/>	
			Abklärung bzw. Kontrolle wegen

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

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

Bemerkungen:

.....

.....