

# Allg. Sporttauglichkeitsuntersuchung

männlich     weiblich

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Verein \_\_\_\_\_

Sportart \_\_\_\_\_

Stempel

Unterschrift \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

Für den Wettkampfsport  tauglich     untauglich \*

\* Begründung \_\_\_\_\_

\* zeitliche Begrenzung \_\_\_\_\_

Familienanamnese

Relevante Erkrankungen/ Verletzungen

Medikamente / Allergien

Herz-Kreislaufisiko

ja

nein

RR / mmHg    Puls /min    Gewicht kg    Größe cm    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 \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_