

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/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 _____

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 _____