

# \*MUSTER\*



## Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Untersuchender Arzt _____ Verbandsarzt _____	Ort der Untersuchung _____ Untersuchungsdatum _____
---	--

### A. Persönliche Daten

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

### B. Trainingsinhalt der letzten Trainingseinheit

Anzahl der Trainingsjahre in Hauptsportart	<input type="text"/>
Trainingseinheiten pro Woche	<input type="text"/>
Trainingsstunden pro Woche	<input type="text"/>

### C. Allgemeinbefund

Körpergröße (cm) <input type="text"/>	Körperfettanteil (BIA) <input type="text"/> %
Körpergewicht (kg) <input type="text"/>	Messgerät _____
Gynäkologische Befragung durchgeführt <input type="checkbox"/>	Einnahme tgl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/>
Medikamente _____	
Anmerkung _____	
Ernährung _____	
Eigenanamnese _____	
Familienanamnese _____	

### 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 2	<input type="text"/> mmol/l
BKS Wert 1	<input type="text"/> mm	Hb	<input type="text"/> mmol/l
HKT	<input type="text"/> %	Leuko	<input type="text"/> 10 <sup>3</sup> /µl
Ery	<input type="text"/> 10 <sup>6</sup> /µl	Harnstoff	<input type="text"/> mmol/l
Glucose	<input type="text"/> mmol/l	Harnsäure	<input type="text"/> µmol/l
Kreatinin	<input type="text"/> µmol/l	HDL Cholesterin	<input type="text"/> mmol/l
Gesamtcholesterin	<input type="text"/> mmol/l	SGPT	<input type="text"/> U/l
γ-GT	<input type="text"/> U/l	Magnesium	<input type="text"/> mmol/l
Kalium	<input type="text"/> mmol/l	Ferritin	<input type="text"/> µg/l
Eisen	<input type="text"/> µmol/l	Triglyceride	<input type="text"/> mmol/l
Gesamt-CK	<input type="text"/> U/l		

## F. Leistungsdiagnostik

*sportartspezifische Leistungsdiagnostik*

Belastungsstufe	Hf	Laktat	VO2 ml/kg	RR

# \*MUSTER\*

## G. 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 \_\_\_\_\_

## H. Sonstiges

Sporttauglichkeit  Ja  Nein  mit Einschränkung

Bemerkung \_\_\_\_\_

## Beurteilung

Anamnese, Zusammenfassung der Befunde und sportmedizinische Beurteilung, einschließlich Hinweise für den Trainer und den Athleten:

Zur weiteren Abklärung von \_\_\_\_\_ [Befund] bitte Facharzt für  
[Facharzttrichtung] aufsuchen.