

Sporttauglichkeitsuntersuchung



männlich weiblich

Name

Adresse

Geburtsdatum

Untersuchungsstelle

Verein

Sportart

Stempel

Unterschrift

Untersuchungsdatum

Für den Wettkampfsport tauglich untauglich*

Familienanamnese	Relevante Erkrankungen	Medikamente	*Begründung/ zeitliche Begrenzung
Herz-Kreislaufisiko ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			

Trainingsanamnese

Sportart spezifisch:Std/Wo AusdauerStd/Wo KraftStd/Wo AndereStd/Wo

/
 /min
 kg
 cm
 %
 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

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"/>
	<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"/>
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

EKG

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

Bemerkungen

.....

.....

.....