

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

☐

nein

☐

Trainingsanamnese

Sportart spezifisch:.....Std/Wo

Ausdauer.....Std/Wo

Kraft.....Std/Wo

Andere.....Std/Wo

RR / mmHg

Puls /min

Gewicht kg

Größe cm

Fett %

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.....

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"/>
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

.....

.....

.....