

Sporttauglichkeitsuntersuchung



männlich weiblich

Vor-/Nachname

Adresse

Geburtsdatum

Verein

Sportart

Untersuchungsstelle

Untersuchungsdatum

Stempel

Unterschrift

Für den Wettkampfsport tauglich untauglich

Familienanamnese		Trainingsanamnese			
Herz-Kreislaufisiko	Sportart spezifisch	<input type="text"/> Stunden pro Woche	Kraft	<input type="text"/> Stunden pro Woche	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Ausdauer	<input type="text"/> Stunden pro Woche	Andere	<input type="text"/> Stunden pro Woche	
RR <input type="text"/> / <input type="text"/> mmHg	Puls <input type="text"/> /min	Gewicht <input type="text"/> kg	Größe <input type="text"/> cm	Fett <input type="text"/> %	BMI <input type="text"/> kg/l ²

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"/>

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"/>				
Bauchmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schulterblattfixatoren ...			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hüftbeuger			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Kniestrecker			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hüftstrecker			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wadenmuskulatur			<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