

# SPORTMEDIZINISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG



männlich  weiblich

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Sportart(en) \_\_\_\_\_

Verein \_\_\_\_\_

Stempel

Unterschrift \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

FÜR WETTKÄMPFE

TAUGLICH

UNTAUGLICH \*

\* Begründung / zeitl. Begrenzung:



## ANAMNESE

**Medizinische Anamnese**  
(Erkrankungen, Medikamente, Menses)

**Familienanamnese**  
(Herz-Kreislaufrisiko)

**Trainingsanamnese**

Leistungssport seit: \_\_\_\_\_

Sportart spezifisch: \_\_\_\_\_ Std/Wo

Ausdauer: \_\_\_\_\_ Std/Wo

Kraft: \_\_\_\_\_ Std/Wo

Andere: \_\_\_\_\_ Std/Wo

## STATUS PRAESENS

Puls:	/min	RR	mmHg
-------	------	----	------

Größe	cm	Gewicht	kg
-------	----	---------	----

BMI	kg/m <sup>2</sup>	Fett	%
-----	-------------------	------	---

	auffällig	unauffällig
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch/Leistenregion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	auffällig	unauffällig
Haut/Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nervensystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psyche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	auffällig	unauffällig
HNO & Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen & Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	auffällig	unauffällig
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter re / li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen re / li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk re / li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	auffällig	unauffällig
Hüfte re / li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knie re / li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinachse re / li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprunggel., Füße re / li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Hypermobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumpfinstabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propriozept. Defizit. re / li	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Musk. Dysbalance OE/UE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen/Abklärung/Kontrolle:

## APPARATIVE DIAGNOSTIK

**12 Kanal Ruhe-EKG**

auffällig  unauffällig

**Spirometrie**

indiziert

auffällig  unauffällig

**Echokardiogr.**

indiziert

auffällig  unauffällig

**Ergometrie**

indiziert

auffällig  unauffällig

**Kommentar:**

**Kommentar:**

**Kommentar:**

**Kommentar:**