

SPORTMEDIZINISCHE VORSORGEUNTERSUCHUNG

☐ männlich

☐ weiblich

Name

Geburtsdatum

Sportart(en)

Verein

Stempel

Unterschrift

Untersuchungsdatum

AUSTRIA
ÖGSMP



SPORTMEDIZIN

FÜR WETTKÄMPFE

☐ TAUGLICH

☐ UNTAUGLICH *

* Begründung / zeitl. Begrenzung:

ANAMNESE

Medizinische Anamnese (Erkrankungen, Medikamente, Menses)	Familienanamnese (Herz-Kreislaufisiko)	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/m²	Fett %
	auffällig unauffällig		auffällig unauffällig		auffällig unauffällig
Herz	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Haut/Lymphknoten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	HNO & Hören	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nervensystem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Augen & Sehen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bauch/Leistenregion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Psyche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zahnstatus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	auffällig unauffällig		auffällig unauffällig		ja nein
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hüfte re / li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hypermobilität	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schulter re / li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Knie re / li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rumpfinstabilität	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Ellenbogen re / li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Beinachse re / li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Propriozept. Defizit. re / li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Handgelenk re / li	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sprunggel., Füße 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Spirometrie indiziert <input type="checkbox"/> auffällig unauffällig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Echocardiogr. indiziert <input type="checkbox"/> auffällig unauffällig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ergometrie indiziert <input type="checkbox"/> auffällig unauffällig <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kommentar:	Kommentar:	Kommentar:	Kommentar: