

Allg. Sporttauglichkeitsuntersuchung

männlich weiblich

Name:

Adresse:

Geb.:

Verein:

Sportart:

Stempel

Unterschrift

Untersuchungsdatum

Für den Wettkampfsport tauglich untauglich *

* Begründung:

* zeitliche Begrenzung:



Familienanamnese	Relevante Erkrankungen/ Verletzungen	Medikamente / Allergien
Herz-Kreislaufisiko <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

RR / mmHg Puls /min Gewicht kg Größe cm 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:

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: