

Allg. Sporttauglichkeitsuntersuchung

<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Name _____ Adresse _____ Geburtsdatum _____ Verein _____ Sportart _____	Unterschrift _____ Untersuchungsdatum _____
Für den Wettkampfsport <input type="radio"/> tauglich <input type="radio"/> 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/m ²
----	---	------	------	------	---------	----	-------	----	-----	-------------------

Internistisch														
Herz Lunge Bauch Leiste Lymphknoten	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="font-size: small;">auffällig</th> <th style="font-size: small;">unauffällig</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	auffällig	unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Auffälliger Befund</i> <i>Abklärung bzw. Kontrolle wegen</i>
auffällig	unauffällig													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													

Orthopädisch												
Wirbelsäule Hüfte Obere Extremität Untere Extremität	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="font-size: small;">auffällig</th> <th style="font-size: small;">unauffällig</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	auffällig	unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Auffälliger Befund</i> <i>Abklärung bzw. Kontrolle wegen</i>
auffällig	unauffällig											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

Sonstige Befunde												
HNO (Hören) Augen (Sehen) Haut Neurol./Psych.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="font-size: small;">auffällig</th> <th style="font-size: small;">unauffällig</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	auffällig	unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Auffälliger Befund</i> <i>Abklärung bzw. Kontrolle wegen</i>
auffällig	unauffällig											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

EKG	Bemerkungen				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="font-size: small;">auffällig</th> <th style="font-size: small;">unauffällig</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	auffällig	unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
auffällig	unauffällig				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				