



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Bertolt-Brecht-Schule: Gymnasium Realschule Mittelschule Klasse: _____

Name des Schülers _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ männlich weiblich

Mit der Weitergabe der Daten bin ich einverstanden: _____ Erziehungsberechtigter oder volljähriger Schüler/in

Sportart: _____ Disziplin/Position: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ Kg Blutdruck: _____ / _____ mm/Hg

Anamnese:

KK und größere Erkrankungen _____

Akute Verletzungen: _____ Akute Erkrankungen: _____

Jetzige Beschwerden: keine, ja, welche: _____

Befund:

Kopf: Sehschärfe norm. Dioptrien, Rachen auffällig

ja O nein, Ohren ja O nein

NAP, frei ja O nein, Zähne auffällig nein O ja wo: _____

Hals: Schilddrüse auff. ja O nein, Lymphdrüsen auff. ja

O nein

Thorax: auskulatorisch/perkutorisch: Lunge auff. ja O nein, Herz auff. ja O nein

Abdomen: auff.: nein O ja, wenn ja, wo? Oberbauch Mittelbauch Unterbauch

Blutdruck in Ruhe: _____ / _____ mm/Hg, Herzfrequenz in Ruhe _____

EKG (bei Bedarf) pathologische Zeichen ja nein, wenn ja, welche? _____

Bemerkungen:

Haltungs- und Bewegungsapparat:

Wirbelsäule: HWS auff. ja O nein, BWS auff. ja O nein, LWS auff. ja O nein

Becken-Hüft-Region: Schiefstand ja O nein, wenn ja, wo? links tief, rechts tief

Obere Extremität: auffällig ja O nein, wenn ja, was: _____

Untere Extremität: auffällig ja O nein, wenn ja, was: _____

Füße: normal, senk, hohl, spreiz, knick

Hüfte: auffällig ja O nein, wenn ja, was: _____

Muskelfunktionen: Schwächen ja O nein, wenn ja, was: _____

Muskuläre Dysbalancen und Verkürzungen: ja O nein, wenn ja, wo: _____

Bemerkungen:

Leistungsdiagnostik:

Belastung (Fahrrad / Laufband) max. Leistung/ms _____ Watt/Kg _____

RR bei Belastung _____ / _____ mm/Hg/ Herzfrequenz _____ max./ 5 min. nach Ende der Bel. _____

Weitere leistungsphysiologische Daten: (Fakultativ: Hf. mx.; Vk, AÄ, RQ, Laktat?) _____

Sportmedizinisches Zeugnis

Untersuchender Arzt mit der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____

Beurteilung:

Der Schüler ist voll sporttauglich für das Projekt
Partnerschule des Leistungssports. ja, nein.
Wenn nein, weitere fachärztliche Untersuchung
notwendig bei: _____

Stempel Arzt