



# 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  nein, Ohren  ja  nein

NAP, frei  ja  nein, Zähne auffällig  nein  ja wo: \_\_\_\_\_

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

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

Abdomen: auff.:  nein  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  nein, BWS auff.  ja  nein, LWS auff.  ja  nein

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

Obere Extremität: auffällig  ja  nein, wenn ja, was: \_\_\_\_\_

Untere Extremität: auffällig  ja  nein, wenn ja, was: \_\_\_\_\_

Füße:  normal,  senk,  hohl,  spreiz,  knick

Hüfte: auffällig  ja  nein, wenn ja, was: \_\_\_\_\_

Muskelfunktionen: Schwächen  ja  nein, wenn ja, was: \_\_\_\_\_

Muskuläre Dysbalancen und Verkürzungen:  ja  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: \_\_\_\_\_

