

# Allg. Sporttauglichkeitsuntersuchung

männlich     weiblich

Name .....

Adresse .....

Geburtsdatum .....

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/m <sup>2</sup>
----	---	------	------	------	---------	----	-------	----	-----	-------------------

## Internistisch

	auffällig	unauffällig	
Herz .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund .....
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"/>	
			Abklärung bzw. Kontrolle wegen .....

## Orthopädisch

	auffällig	unauffällig	
Wirbelsäule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund .....
Hüfte .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obere Extremität .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Untere Extremität .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Abklärung bzw. Kontrolle wegen .....

## Sonstige Befunde

	auffällig	unauffällig	
HNO (Hören) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund .....
Augen (Sehen) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haut .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurol./Psych. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
			Abklärung bzw. Kontrolle wegen .....

## EKG

auffällig    unauffällig  
           

Bemerkungen .....