



## **Hinweise zum sportmedizinischen Untersuchungsbogen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte achten Sie auf folgende Punkte:

1. Die Untersuchung muss bei einem Arzt mit der Bezeichnung „Sportmedizin“ gemacht werden. Die Arztwahl ist frei.
2. Es müssen alle im Untersuchungsbogen aufgeführten Punkte vom Arzt ausgefüllt werden.
3. Das Belastungs-EKG ist verbindlich.
4. Die Eltern/ Sportler sollten die Ergebnisse der Untersuchung den Heim- bzw. Verbandstrainern zur Einsicht geben.



# LOTHAR-VON-FABER-SCHULE

Staatliche Fachoberschule Nürnberg

Gestaltung | Sozialwesen | Technik | Wirtschaft & Verwaltung | Gesundheit

## Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Name des Schülers \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ O männlich O weiblich

Klasse: \_\_\_\_\_ Ausbildungsrichtung: \_\_\_\_\_

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: O keine, O ja, welche \_\_\_\_\_

### Befund:

**Kopf:** Sehschärfe norm. O \_\_\_ Dioptrien, **Rachen** auffällig O ja O nein, **Ohren** O ja O nein

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

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

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

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

**Blutdruck in Ruhe:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mm/Hg, **Herzfrequenz in Ruhe:** \_\_\_\_\_

EKG (bei Bedarf) pathologische Zeichen O ja O nein, wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



# LOTHAR-VON-FABER-SCHULE

Staatliche Fachoberschule Nürnberg

Gestaltung | Sozialwesen | Technik | Wirtschaft & Verwaltung | Gesundheit

## 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: \_\_\_\_\_

**Stempel Arzt**