

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/cm²

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