

Name / Vorname: _____

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen Kinder und Jugendliche

Untersuchungsdatum: _____

Name			
Vorname			
Geburtsdatum			
Länge:	cm	Gewicht:	kg
BMI:		Blutdruck:	/ mmHg

Anamnese

Eigenanamnese / Vorerkrankungen:

<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale	<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	<input type="checkbox"/> orthopädische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> verzög. Entwicklung	<input type="checkbox"/> Anfallsleiden
<input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> Verletzungen/Operationen:		
<input type="checkbox"/> Allergien/Medikamente:		
Ergänzungen:		

Familienanamnese:

<input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/> hypertrophe Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen:		
Ergänzungen:		

Sportanamnese:

Sportarten:		
Seit:		
Wie oft:		
Wie lange:		
Ergänzungen:		

Name / Vorname: _____

Orthopädie

Biometrische Daten in cm:

FBA vorgebeugt		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Schober Vorbeuge		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Schober Rückbeuge		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:			

Wirbelsäule / Rumpf:

Schiefhals		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Rückenmuskulatur		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Thoraxform / -funktion		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Bauchwand		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Flachrücken		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Rund- / Hohlrundrücken		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Klopfschmerz der Wirbelsäule		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Skoliose		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Haltungsschwäche		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:			

Wirbelsäulenbeweglichkeit HWS:

Kopfvor- / -rückneigung	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Kopfrechts- / -linksneigung	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Kopfrechts- / -linksdrehung	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig

Wirbelsäulenbeweglichkeit BWS + LWS:

Rumpfvor- / -rückneigung	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Rumpfrechts- / -linksneigung	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Rumpfrechts- / -linksdrehung	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:			

Name / Vorname: _____

Untere Gliedmassen:

X-Bein(e)	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
O-Bein(e)	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Drehfehler	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Genua recurvata	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Fußdeformität(en)	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Zehendeformität(en)	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Muskulatur der Beine	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Sehnen der unteren Gliedmassen	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:		

Hüftgelenkbeweglichkeit:

Pathologische Gelenkgeräusche	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Streckung / Beugung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Streckung / Beugung rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Ab- / Anspreizung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Ab- / Anspreizung rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Ausw.- / Einwärtsdrehung gebeugt links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Ausw.- / Einwärtsdrehung gebeugt rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:		

Kniegelenksbeweglichkeit:

Pathologische Gelenkgeräusche	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Streckung / Beugung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Streckung / Beugung rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Bandlockerung Kniegelenk	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:		

Name / Vorname: _____

Sprunggelenk / Füße:

Oberes Sprunggelenk		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Unteres Sprunggelenk		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Pathologische Gelenkgeräusche		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Zehenspiel		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Bandlockerung Sprunggelenke		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Fußhebung / -senkung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Fußhebung / -senkung rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Einw.- / Auswärtskantung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Einw.- / Auswärtskantung re.	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:			

Obere Gliedmassen:

Schulter- / Arm- / Handmuskulatur		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Bandstabilität des Daumens		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Armachse		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Pathologische Sehnenbefunde		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Pathologische Gelenkgeräusche		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:			

Schultergelenk / -Gürtel:

Pathologische Gelenkgeräusche		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ab- / Anspreizung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ab- / Anspreizung rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Rück- / Vorhebung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Rück- / Vorhebung rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Einw.- / Auswärtsdrehung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Einw.- / Auswärtsdrehung re.	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:			

Name / Vorname: _____

Ellbogen / Unterarm:

Pathologische Gelenkgeräusche		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Streckung / Beugung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Streckung / Beugung rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Einw.- / Auswärtsdrehung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Einw.- / Auswärtsdrehung re.	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:			

Hand und Finger:

Pathologische Gelenkgeräusche		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Faustschluss / -öffnung		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Fingerspreizung		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Daumenbeweglichkeit		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Handgelenksbeweglichkeit		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Hebung / Senkung links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Hebung / Senkung rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Abduktion / Adduktion links	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Abduktion / Adduktion rechts	- 0 -	<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig
Ergänzungen:			

Klinische Untersuchung

Augen		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
HNO		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Mund / Zähne		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Lunge		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Herz / Gefäße		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Abdomen		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Muskulatur		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Haut		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Becken		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Leiste		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Genitale		<input type="checkbox"/> o.B.	<input type="checkbox"/> auffällig		
Tanner-Stadium:	1	2	3	4	5
Körperfettgehalt:			%	<input type="checkbox"/> Falte	<input type="checkbox"/> Impedanz
Ergänzungen:					

Name / Vorname: _____

Belastungs-Diagnostik

Belastungs-EKG:

Testverfahren			
Belastungsstufen	Watt	Stufendauer	min
Belastungsstufe	HF	Blutdruck	EKG-Check
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Erholung 1 min		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Erholung 3 min		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig
Erholung 5 min		/ mm Hg	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> auffällig

Name / Vorname: _____

Beurteilung

Untersuchungsdatum: _____

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	

Volltauglich nein ja

Arztüberweisung nein ja

Zusammenfassung der Befunde und sportmedizinische Beurteilung, einschließlich Hinweise für den Trainer und den Athleten:

Ort / Datum:

Stempel und Unterschrift: