

Sporttauglichkeitsuntersuchung	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Name Adresse Geburtsdatum Untersuchungsstelle Verein Sportart	Stempel Unterschrift Untersuchungsdatum

Für den Wettkampfsport tauglich untauglich

Familienanamnese	Trainingsanamnese			
Herz-Kreislaufisiko ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sportart spezifisch	Stunden pro Woche	Kraft	Stunden pro Woche
	Ausdauer	Stunden pro Woche	Andere	Stunden pro Woche
RR / mmHg	Puls /min	Gewicht kg	Größe cm	Fett %
		BMI	kg/l ²	

Internistisch																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">auffällig</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td>Herz</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lunge</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bauch</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Leiste</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		auffällig	unauffällig	Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund Abklärung bzw. Kontrolle wegen	
	auffällig	unauffällig															
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

Orthopädisch																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">auffällig</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td>Wirbelsäule</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hüfte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obere Extremität</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Untere Extremität</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		auffällig	unauffällig	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund Abklärung bzw. Kontrolle wegen	
	auffällig	unauffällig															
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Obere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Untere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

Muskelfunktion								
	Ja	Nein		abgeschwächt	verkürzt		abgeschwächt	verkürzt
Haltungsschwäche ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schulterblattfixatoren ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüftstrecker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	abgeschwächt	verkürzt	Hüftbeuger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wadenmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kniestrecker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterarmmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Befunde																	
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: small;">auffällig</td> <td style="text-align: center; font-size: small;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td>HNO (Hören)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Augen (Sehen)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Haut</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neurol. / Psych.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		auffällig	unauffällig	HNO (Hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augen (Sehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurol. / Psych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Auffälliger Befund Abklärung bzw. Kontrolle wegen	
	auffällig	unauffällig															
HNO (Hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Augen (Sehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Neurol. / Psych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															

EKG	
auffällig	unauffällig
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Labor		
	auffällig	unauffällig
Harn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

.....

.....