



<b>Sporttauglichkeitsuntersuchung</b>	
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Name ..... Adresse ..... Geburtsdatum ..... Untersuchungsstelle ..... Verein ..... Sportart .....	<div style="font-size: 2em; opacity: 0.5;">Stempel</div>  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 .....
	Ausdauer .....	Stunden pro Woche .....	Andere .....
RR / mmHg	Puls /min	Gewicht kg	Größe cm
		Fett %	BMI kg/l <sup>2</sup>

Internistisch																
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: 0.8em;">auffällig</td> <td style="text-align: center; font-size: 0.8em;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Herz .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Lunge .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Bauch .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">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: 0.8em;">auffällig</td> <td style="text-align: center; font-size: 0.8em;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Wirbelsäule .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Hüfte .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Obere Extremität .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">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					
Haltungsschwäche ...	Ja	Nein	Schulterblattfixatoren ...	abgeschwächt	verkürzt
Bauchmuskulatur .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüftbeuger .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	abgeschwächt	verkürzt	Kniestrecker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hüftstrecker .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Wadenmuskulatur .....	<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: 0.8em;">auffällig</td> <td style="text-align: center; font-size: 0.8em;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">HNO (Hören) .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Augen (Sehen) .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Haut .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">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"/>														

<b>EKG</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; font-size: 0.8em;">auffällig</td> <td style="text-align: center; font-size: 0.8em;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	auffällig	unauffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Labor</b> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center; font-size: 0.8em;">auffällig</td> <td style="text-align: center; font-size: 0.8em;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px 5px;">Harn .....</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		auffällig	unauffällig	Harn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bemerkungen:</b> ..... ..... .....
auffällig	unauffällig											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
	auffällig	unauffällig										
Harn .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										