

Erhebungsbogen

Sportärztliche Untersuchung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern)

(Zutreffendes bitte unterstreichen)

Plötzlicher Todesfall vor dem 55. Lebensjahr, Herzkrankheiten, Gefäßkrankheiten, Schlaganfall, Herz-
Operation, Marfan Syndrom, Thrombosen, Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörung,
Allergien ja/ nein Ergänzungen: _____

Eigene gesundheitliche Angaben:

Vorerkrankungen: ja/ nein

Anhaltende Probleme: ja/ nein

Allergien: ja/ nein

Augenerkrankungen: ja/ nein

Ohrenerkrankungen: ja/ nein

Operationen: ja/ nein

Unfälle; Knochenbrüche,

schwere Verletzungen: ja/ nein

Rauchen: ja/ nein

Alkohol: ja/ nein

Medikamente, Drogen,

Nahrungsergänzungsmittel: ja/ nein

Spezielle Ernährungsform: ja/ nein _____

Bist du körperlich schlecht belastbar, z.B im Vergleich zu anderen Sportkameraden? ja/ nein

Hattest du in den letzten 3 Wochen einen schweren Infekt/ Fieber? ja/ nein

Fühlst du dich krank? ja/ nein

Hast du Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken oder Rücken? ja/ nein

Hast du andere Beschwerden?

Z.B. Husten, Appetitmangel, Schlafstörungen, Atembeschwerden? ja/ nein

Bestehen Probleme bei körperlicher Aktivität?

z.B. Schwindel, Brustschmerzen, Kopfschmerzen, Kollaps, Herzrasen ja/ nein

Hattest du in letzter Zeit Gewichtsschwankungen (>2 kg)? ja/ nein

Bist du sportlich aktiv? Sportart _____ Wie oft pro Woche? _____

Betreibst du Fitnesstraining? ja/ nein

Wie viel Bewegung hast du durchschnittlich täglich im Alltag? _____ Stunden täglich

Betreibst du Leistungssport? ja/ nein

Hast du schon an Wettkämpfen teilgenommen? ja/ nein

Ich versichere, die Angaben zu meiner Krankheitsvorgeschichte nach bestem Wissen vollständig angegeben zu haben.

Ort/ Datum _____ Unterschrift (Eltern/ Kind) _____

Ergänzende Angaben vom Arzt:

Risikofaktoren:

Einschränkungen:

Dokumentationsbogen Sportärztliche Untersuchung

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Größe: cm Gewicht: kg BMI: kg/m² Perzentile BMI:

Blutdruck: / mmHg HF: /min

Ruhe-EKG Befund:

Lungenfunktionstest: Ruhe VC / % FEV1 / %

Belastung VC / % FEV1 / %

HNO: opB _____

Herz: opB _____

Lunge: opB _____

Rumpf/ Wirbelsäule: opB _____

Schulter: opB _____

Hüfte: opB _____

Knie: opB _____

Fuß/ Sprunggelenk: opB _____

Muskelstatus: opB _____

Sonstiges: _____

Abschließende Empfehlung: uneingeschränkt sporttauglich

eingeschränkt sporttauglich _____

momentan nicht sporttauglich

Empfehlung/ Weiterführende Untersuchung: _____

Ort/ Datum _____

Unterschrift/ Stempel (Arzt) _____