

# Sportmedizinische Untersuchung

(Version: 01.08.2019)

Untersuchungsdatum:	
UntersucherIn:	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

---

**o.B.    signifikanter Befund**

---

## 1. Kopf/Hals

Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
Visus (Fernvisus)	li unkorrekt	re unkorrekt	li korrekt	re korrekt		
Nase/ Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rachen/Tonsillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ohren/Trommelfell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
anderes						

---

## 2. Thorax/Lungen

Auskultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perkussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rippen thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes		

---

## 3. Herz/Kreislauf

Puls:        /min	Blutdruck:    ./    mmHg
Auskultation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herztöne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Periphere Pulse	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Venen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**o.B. signifikanter Befund**

4. **Lymphknoten**           cervical re / li      axillär re / li  
          inguinal re/li      andere

5. **Haut**

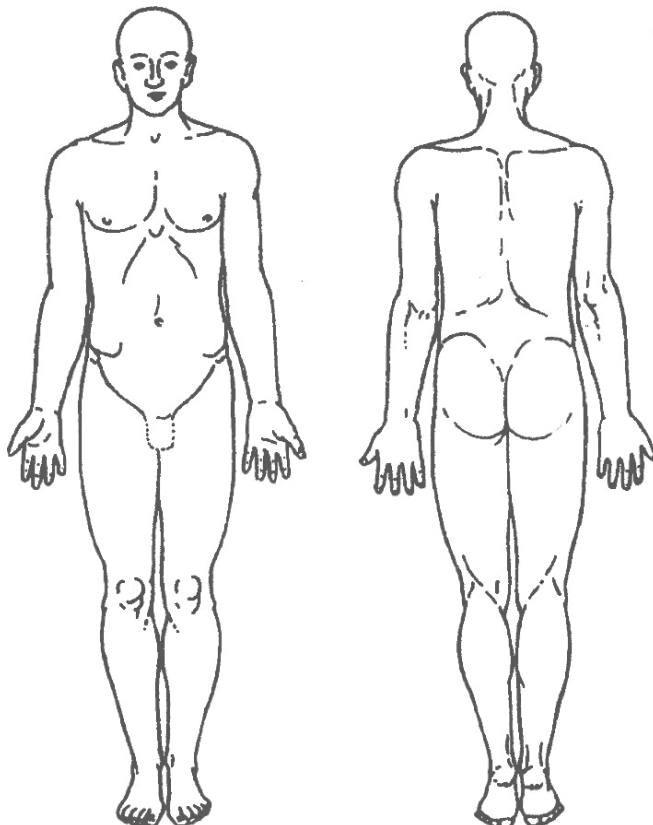
**6. Abdomen**

- Palpation            
 Leber            
 Milz            
 Nierenlogen            
 Hernien/ Genitale/ Tannerst.

**7. Nervensystem**

- Reflexe           ASR re/li      PSR re/li      andere  
 Sensibilität            
 Motorik

Pathologische Befunde (für Rubriken 1-7) markieren:



**o.B. signifikanter Befund**

**8. Bewegungsapparat**

Gangbild/Haltung/Beinachse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rückenform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schiefstand nach	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li	minus cm
Iliosakralgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Beinlänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
BWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schultergürtel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ellbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hände/Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sprungelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Füsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Muskellängen/Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Funktionelle Tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sportartspezifische Befunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Besonderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Pathologische Befunde für Rubrik 8 markieren:**

