

Sportärztliche Untersuchung

Name, Vorname:	Untersuchungsdatum:
Geb.-Datum:	UntersucherIn:

o.B. signifikanter Befund

1. Kopf/Hals

Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Visus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brillen/Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li
Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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"/>	
Rippenthorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
anderes			

3. Herz/Kreislauf

Puls: /min		BD: 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"/>	

1. HT	2. HT	1. HT

o.B. signifikanter Befund

4. Lymphknoten

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> cervical re / li | <input type="checkbox"/> axillär re / li |
| <input type="checkbox"/> inguinal re/li | <input type="checkbox"/> andere |

5. Haut

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

6. Abdomen

- | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Palpation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Milz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenlogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hernien/ Genitale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Nervensystem

- | | | | | |
|--------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Reflexe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ASR re/li | <input type="checkbox"/> PSR re/li | <input type="checkbox"/> andere |
| Sensibilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Motorik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

o.B. signifikanter Befund

8. Wirbelsäule/Rumpf

Gangbild/Haltung	<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	<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"/>				
Sportartspezifische Befunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Muskellängen/Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Pathologische Befunde markieren:

