

Eigene Angaben

Name: Vorname: Sportärztlicher Untersuchungsbogen

Geb. am:

PLZ: Ort: Fragebogen (eigene Angaben)

Straße: Tel:

männlich weiblich

1. Sind in der Familie Herzkrankheiten bekannt
oder ist jemand an einem Herzschlag verstorben (plötzlicher Herztod)? ja nein
2. Bestanden in der Vergangenheit jemals folgende Beschwerden:
Bewusstlosigkeit, Ohnmachtszustände, Schwindel, Sehstörungen,
Brustschmerz, ungewöhnliche oder plötzlich auftretende Luftnot,
Herzstolpern oder Herzaussetzer oder Herzrasen?
(Zutreffendes bitte unterstreichen) ja nein
3. Wurde jemals ein Herzgeräusch/Herzfehler oder ein hoher Blutdruck
Festgestellt? *(Zutreffendes bitte unterstreichen)* ja nein
4. Besteht das Gefühl, schneller als die Sportkameraden zu ermüden? ja nein
5. Besteht eine Erkrankung der Sinnesorgane (z.B. Brille/Kontaktlinse,
Ohrenbeschwerden, behinderte Nasenatmung)?
(Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen) ja nein

6. Bestehen oder bestanden chronische Erkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit,
Asthma, Epilepsie, Schilddrüsenerkrankung, Rheuma) oder eine
körperliche Behinderung? *(Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen)* ja nein

7. Trat jemals eine Verletzung auf oder bestehen/bestanden häufiger
Beschwerden an: Sehnen, Muskeln, Gelenken, Wirbelsäule?
(Zutreffendes bitte unterstreichen) ja nein
8. Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen)?
Wenn ja, welche? ja nein
9. Werden derzeit Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche? ja nein
10. Wurde jemals von einem Arzt Sportuntauglichkeit festgestellt?
Wenn ja, warum? ja nein

Eigene Angaben

11. Welche Kinderkrankheiten (Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken) wurden durchgemacht? (Zutreffendes bitte unterstreichen) ja nein

12. Besteht Impfschutz für Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln? (Zutreffendes bitte unterstreichen) ja nein

13. Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung (Monat/Jahr)?

14. Bisherige Operationen (wann, was)?

.....

Sonstige Krankenhausaufenthalte (wann, warum)?

.....

15. Welche Sportart(en) werden vor allem betrieben?

.....

16. Sportliches Training pro Woche: Stunden; Vereinssport: ja nein

17. Raucher: ja nein

Anzahl der Zigaretten täglich:

18. Alkoholkonsum: ja nein

Wenn ja, wie oft? häufig regelmäßig wenig

19. Aktuelle oder frühere Einnahme von Drogen oder Dopingsubstanzen? ja nein

Wenn ja, welche?

20. Gewicht: kg konstant abgenommen zugenommen

21. Wasserlassen/Stuhlgang: Auffälligkeiten keine Auffälligkeiten

22. Appetit/Schlaf: Auffälligkeiten keine Auffälligkeiten

Datum

Unterschrift Bewerber

Ärztliche Untersuchungsbefunde

Name: Vorname: Sportärztlicher Untersuchungsbogen

Geb. am:

PLZ: Ort: Allgemeiner Untersuchungsbefund

Straße: Tel:

Größe: cm

Gewicht: kg

BMI (kg/m²):

Blutdruck:

Herzfrequenz: /min

re mm Hg

regelmäßig

li mm Hg

unregelmäßig

Auffällig

Sinnesorgane	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopf, Hals, Rachen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zähne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzauskultation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Palpation peripherie Pulse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lunge + Thorax	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Abdomen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Reflexe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Auffällig

Wirbelsäule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schulter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ellbogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hand, Finger	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hüfte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Knie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Achsenfehlstellungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beinlängendifferenzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fußdeformationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muskulatur (Dysbalancen, Dehnzustand)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ärztliche Untersuchungsbefunde

Laborbefunde:

	<u>Auffällig</u>	
Urinstatus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hb:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BSG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
EKG:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Beurteilung:

Nach dem Ergebnis der ambulant durchgeführten klinischen Untersuchung und des obenstehend mitgeteilten EKG-Befundes, sowie unter Berücksichtigung der Angaben zur gesundheitlichen Vorgesichte (eigene Angaben), erachte ich die untersuchte Person für gesund und körperlich geeignet für die Teilnahme am Fußball-Lehrer-Lehrgang des DFB.

Die untersuchte Person leidet an keiner ansteckenden Krankheit und befindet sich nicht in einem krankhaften Zustand, durch den andere gefährdet werden könnten.

Bemerkungen:

Datum

Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin