

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)? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?
9. Werden derzeit Medikamente eingenommen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche?
10. Wurde jemals von einem Arzt Sportuntauglichkeit festgestellt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, warum?

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:

Auffällig

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 Vorgeschichte (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