

## 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**

cervical re / li

inguinal re/li

axillär re / li

andere

---

**5. Haut**

---

**6. Abdomen**

Palpation

Leber

Milz

Nierenlogen

Hernien/ Genitale

---

**7. Nervensystem**

Reflexe

Sensibilität

Motorik

ASR re/li

PSR re/li

andere

---

**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"/>				
Sprunggelenk	<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:

