

SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN  
GESUNDHEITSBEURTEILUNG



Untersuchender Arzt \_\_\_\_\_ Ort der Untersuchung \_\_\_\_\_  
 Einverständniserklärung \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Athleten \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

**A PERSÖNLICHE DATEN**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_ Heimtrainer \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Bundestrainer \_\_\_\_\_  
 Hauptsportart \_\_\_\_\_ Verbandsarzt \_\_\_\_\_  
 Hauptdisziplin \_\_\_\_\_

**B TRAININGSINHALT (DER LETZTEN TRAININGSEINHEIT)**

\_\_\_\_\_ Anzahl der Trainingsjahre in Hauptsportart \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Trainingseinheiten pro Woche \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Trainingsstunden pro Woche \_\_\_\_\_

**C ALLGEMEINBEFUND (AUFFÄLLIGKEITEN)**

Gynäkologische Befragung/Beratung durchgeführt   
 Körpergröße (cm) \_\_\_\_\_ Körperfettanteil (Prozent) \_\_\_\_\_  
 Körpergewicht (kg) \_\_\_\_\_ Methode der Körperfettbestimmung \_\_\_\_\_

Sinnesorgane	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Herz/Kreislauf	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Nasen-/Rachenraum	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Lunge	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Halsregion	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Abdominalorgane	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Lymphknoten	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Gefäßsystem	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zähne	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Nervensystem	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Bemerkungen bei Auffälligkeiten			Haut	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

**D KARDIOVASKULÄRE GESUNDHEITSBEURTEILUNG**

Ergometrie \_\_\_\_\_  
 Ruhe-EKG auffällig nein  ja   
 Belastungs-EKG auffällig nein  ja   
 HV durch Rö/Echo (ml) \_\_\_\_\_ HV/kg KG (ml/kg) \_\_\_\_\_  
 Ruhe RR syst./diast. (mmHg) \_\_\_\_\_  
 Maximale Belastungsstufe Watt/kg \_\_\_\_\_ m/s \_\_\_\_\_ HF/min \_\_\_\_\_  
 RR syst./diast. Bei Belastung (mmHg) \_\_\_\_\_ bei Watt \_\_\_\_\_ m/s \_\_\_\_\_

**E LABORSTATUS**

BKS Wert1 (mm)	_____	BKS Wert2 (mm)	_____
HKT (%)	_____	Hb (g/dl)	_____
Ery (10 <sup>6</sup> /µl)	_____	Leuko (10 <sup>3</sup> /µl)	_____
Blutzucker (mmol/l)	_____	Harnstoff (mmol/l)	_____
Kreatinin (µmol/l)	_____	Harnsäure (µmol/l)	_____
Gesamtcholesterin (mmol/l)	_____	HDL Cholesterin (mmol/l)	_____
Gamma GT (U/l)	_____	SGPT (U/l)	_____
Kalium (mmol/l)	_____	Magnesium (mmol/l)	_____
Eisen (µmol/l)	_____	Ferritin (ng/ml)	_____
Urin auffällig	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Tryglyceride (mmol/l)	_____
Gesamt-CK (U/l)	_____	Blutentnahme	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>



SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN  
BEURTEILUNG



Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Hauptsportart, Kader \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

Volltauglich            nein     ja

Arztüberweisung        nein     ja

**Anamnese, Zusammenfassung der Befunde und sportmedizinische Beurteilung, einschließlich Hinweise für den Trainer und den Athleten:**

Verantwortlicher Arzt \_\_\_\_\_

Unterschrift der verantwortlichen Arztes \_\_\_\_\_

SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN  
KLEINE ORTHOPÄDIE (BEWEGUNGSAPPARAT)



Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Hauptsportart, Kader \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

	Befund: ohne	mit	Bemerkung/Befund
Beckenstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	höher links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> _____ cm Bem.: _____
Wirbelsäule (Haltung, Krümmungsverhältnisse)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Wirbelsäulenbeweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mit Befund <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS <input type="checkbox"/> LWS _____
Hüftgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kniegelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sprunggelenk/Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Untere Gliedmaßen (sonstiges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schulter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ellenbogen/Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hand/Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Obere Gliedmaßen (sonstiges)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypermobilität/Bänderschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Muskelstatus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Beschwerden	_____		
Operationen	_____		
Präventive oder therapeutische Maßnahmen	_____		
Sporttauglichkeit	_____		
Vorstellung beim Orthopäden des zuständigen OSP	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		

Untersuchender Arzt \_\_\_\_\_  
 Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

<p>Name, Vorname _____</p> <p>Hauptsportart, Kader _____</p>	<p>Geburtsdatum _____</p> <p>Untersuchungsdatum _____</p>
--	---

  

<p><b>H Allgemein</b></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>o.p.B.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>B.o.Th.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Th.</b></td> </tr> <tr> <td>Hockstellung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Zehenstand</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fersenstand</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Beckenstand gerade <input type="checkbox"/></td> <td>li. _____ cm tiefer</td> <td>re. _____ cm tiefer</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rückenform hohl <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">rund <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">flach <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Skoliose</td> <td style="text-align: center;">thorakal <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">lumbal <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beinachse</td> <td style="text-align: center;">X-Beine <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">O-Beine <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fußform Knick <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Senk <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;">Spreiz <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Anmerkungen</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table> <p><b>I HWS</b></p> <p>Inklination / Reklination [45/0/45] _____ / 0 / _____</p> <p>Li.-Re.-Rotation [80/0/80] _____ / 0 / _____</p> <p>Li.Re.-Seitneigung [45/0/45] _____ / 0 / _____</p> <p>Anmerkungen _____</p> <p><b>J BWS</b></p> <p>Anmerkungen _____</p> <p><b>K LWS</b></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td>Inklination / Reklination [90/0/90] _____ / 0 / _____</td> <td style="text-align: center;"><b>o.p.B.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>B.o.Th.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Th.</b></td> </tr> <tr> <td>Lasèque</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anmerkungen</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table> <p>Neurologie: Sensomotorische Defizite <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><b>L Schulter</b></p> <p>Anteversion / Retroversion li. _____ / 0 / _____ re. _____ / 0 / _____ [180/0/40]</p> <p>Abduktion / Adduktion li. _____ / 0 / _____ re. _____ / 0 / _____ [180/0/40]</p> <p>Außen- / Innenrotation li. _____ / 0 / _____ re. _____ / 0 / _____ [50/0/90]</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>o.p.B.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>B.o.Th.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Th.</b></td> </tr> <tr> <td>Gelenkstabilität</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Subacromialraum</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>AC-Gelenk</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sehnen(Biceps, Supraspinatus)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anmerkungen</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table>		<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>	Hockstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zehenstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fersenstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Beckenstand gerade <input type="checkbox"/>	li. _____ cm tiefer	re. _____ cm tiefer		Rückenform hohl <input type="checkbox"/>	rund <input type="checkbox"/>	flach <input type="checkbox"/>		Skoliose	thorakal <input type="checkbox"/>	lumbal <input type="checkbox"/>		Beinachse	X-Beine <input type="checkbox"/>	O-Beine <input type="checkbox"/>		Fußform Knick <input type="checkbox"/>	Senk <input type="checkbox"/>	Spreiz <input type="checkbox"/>		Anmerkungen	_____			Inklination / Reklination [90/0/90] _____ / 0 / _____	<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>	Lasèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen	_____				<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>	Gelenkstabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Subacromialraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AC-Gelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehnen(Biceps, Supraspinatus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen	_____			<p><b>M Ellbogen</b></p> <p>Flexion / Extension [150/0/5] li. _____ / 0 / _____ re. _____ / 0 / _____</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>o.p.B.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>B.o.Th.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Th.</b></td> </tr> <tr> <td>Epicondylus</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sehnen (Biceps, Supraspinatus)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anmerkungen</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table> <p><b>N Handgelenke und Hände</b></p> <p>Anmerkungen _____</p> <p><b>O Hüfte</b></p> <p>Flexion / Extension [150/0/0] li. _____ / 0 / _____ re. _____ / 0 / _____</p> <p>Abduktion / Adduktion [40/0/40] li. _____ / 0 / _____ re. _____ / 0 / _____</p> <p>Außen- / Innenrotation [40/0/30] li. _____ / 0 / _____ re. _____ / 0 / _____</p> <p>Anmerkungen _____</p> <p><b>PKnie</b></p> <p>Flexion / Extension [150/0/5] li. _____ / 0 / _____ re. _____ / 0 / _____</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>o.p.B.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>B.o.Th.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Th.</b></td> </tr> <tr> <td>Meniskuszeichen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kreuzbänder</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Seitenbänder</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Femoropatellares Gleitlager</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sehnen(Patella, Quadriceps)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anmerkungen</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table> <p><b>QSprunggelenke</b></p> <p>Dorsalextension/Plantarflexion [30/0/50] li. _____ / 0 / _____ re. _____ / 0 / _____</p> <table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>o.p.B.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>B.o.Th.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Th.</b></td> </tr> <tr> <td>Außenbänder</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anmerkungen</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table> <p><b>RFüße</b></p> <table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><b>o.p.B.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>B.o.Th.</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Th.</b></td> </tr> <tr> <td>Achillessehne</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Plantarfascie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anmerkungen</td> <td colspan="3">_____</td> </tr> </table>		<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>	Epicondylus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehnen (Biceps, Supraspinatus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen	_____				<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>	Meniskuszeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kreuzbänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seitenbänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Femoropatellares Gleitlager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sehnen(Patella, Quadriceps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen	_____				<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>	Außenbänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen	_____				<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>	Achillessehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plantarfascie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anmerkungen	_____		
	<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>																																																																																																																																																		
Hockstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Zehenstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Fersenstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Beckenstand gerade <input type="checkbox"/>	li. _____ cm tiefer	re. _____ cm tiefer																																																																																																																																																			
Rückenform hohl <input type="checkbox"/>	rund <input type="checkbox"/>	flach <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
Skoliose	thorakal <input type="checkbox"/>	lumbal <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
Beinachse	X-Beine <input type="checkbox"/>	O-Beine <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
Fußform Knick <input type="checkbox"/>	Senk <input type="checkbox"/>	Spreiz <input type="checkbox"/>																																																																																																																																																			
Anmerkungen	_____																																																																																																																																																				
Inklination / Reklination [90/0/90] _____ / 0 / _____	<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>																																																																																																																																																		
Lasèque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Anmerkungen	_____																																																																																																																																																				
	<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>																																																																																																																																																		
Gelenkstabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Subacromialraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
AC-Gelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Sehnen(Biceps, Supraspinatus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Anmerkungen	_____																																																																																																																																																				
	<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>																																																																																																																																																		
Epicondylus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Sehnen (Biceps, Supraspinatus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Anmerkungen	_____																																																																																																																																																				
	<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>																																																																																																																																																		
Meniskuszeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Kreuzbänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Seitenbänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Femoropatellares Gleitlager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Sehnen(Patella, Quadriceps)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Anmerkungen	_____																																																																																																																																																				
	<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>																																																																																																																																																		
Außenbänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Anmerkungen	_____																																																																																																																																																				
	<b>o.p.B.</b>	<b>B.o.Th.</b>	<b>Th.</b>																																																																																																																																																		
Achillessehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Plantarfascie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																																																																		
Anmerkungen	_____																																																																																																																																																				

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Hauptsportart, Kader \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

**SORTHOPÄDISCHE RÖNTGENAUFNAHMEN**

--	--	--	--	--

Schlüssel: Eb. = Ebene(n)  
 wEb. = weitere Ebenen

5010 = Finger od. Zehen 2 Eb.	5030 = Ellenbogengelenk 2 Eb.	5100 = HWS 2 Eb.
5011 = Finger od. Zehen wEb.	5030 = Oberschenkel 2 Eb.	5101 = HWS wEb.
5020 = Handgelenk 2 Eb.	5030 = Unterschenkel 2 Eb.	5105 = BWS od. LWS je Teil 2 Eb.
5020 = Mittelhand 2 Eb.	5030 = Kniegelenk 2 Eb.	5106 = BWS od. LWS je Teil wEb.
5020 = alle Finger einer Hand 2 Eb.	5030 = Hand od. Fuß 2 Eb.	5110 = Ganzaufnahme Wirbelsäule od. einer Extremität
5020 = Sprunggelenk 2 Eb.	5030 = Gelenke Schulter 2 Eb.	5111 = Ganzaufnahme Wirbelsäule od. einer Extremität wEb.
5020 = Fußwurzel u. od. Mittelfuß 2 Eb.	5030 = Schlüsselbein 2 Eb.	5120 = Rippen einer Thoraxhälfte 1 Eb.
5020 = Kniescheibe 2 Eb.	5030 = Beckenteilaufnahme 2 Eb.	5120 = Schulterblatt od. Brustbein 1 Eb.
5021 = 5020 wEb.	5030 = Kreuzbein od. Hüftgelenk 2 Eb.	5121 = 5120 wEb.
5030 = Oberarm 2 Eb.	5031 = 5030 wEb.	
5030 = Unterarm 2 Eb.	5040 = Beckenübersicht	

**T Anlagen****U Hinweise für Athlet, Trainer und Verbandsarzt / auffällige Befunde, präventive oder therapeutische Maßnahmen, Prognose, Sporttauglichkeit:**

Untersuchender Facharzt für Orthopädie \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Hauptsportart, Kader \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum \_\_\_\_\_

**ZUSATZUNTERSUCHUNGEN**

Untersuchung	gemacht
Ultraschallbeurteilung	<input type="checkbox"/>
Ultraschallbeurteilung (weitere Untersuchung) (Anzahl 1-3)	_____
Sonographie der Extremitätenarterien bzw. -venen	<input type="checkbox"/>
Sonographie der hirnversorgenden Arterien	<input type="checkbox"/>
Lungenfunktion – Spirometrie	<input type="checkbox"/>
Lungenfunktion – Blutgase	<input type="checkbox"/>
Muskelfunktionsdiagnostik (u.a. Neuromuskuläre Erregbarkeit)	<input type="checkbox"/>
Farbdopplerechokardiographie	<input type="checkbox"/>
C-reaktives Protein	<input type="checkbox"/>
Antistreptolysin – Titer	<input type="checkbox"/>
Immunglobuline (IgA)	<input type="checkbox"/>
Immunglobuline (IgG)	<input type="checkbox"/>
Immunglobuline (IgM)	<input type="checkbox"/>
Sehtest	<input type="checkbox"/>
Sondermaßnahme	<input type="checkbox"/>
Blutbild	<input type="checkbox"/>
Zink	<input type="checkbox"/>
Broncholysetestwerte (Anzahl 1-5)	_____

**Sehtest - Informationen**

- Wird der Test mit der im Sport verwendet Sehhilfe durchgeführt?  ja  Brille  Kontaktlinse  nein
- Visus (Ferne) rechts\_\_\_\_\_ links\_\_\_\_\_
- Phorie auffällig  ja  nein
- Stereosehen erreicht  ja  nein
- Farbsehen auffällig  ja  nein
- Empfehlung für eine Sehhilfe im Sport?  ja  nein
- Weitere augenärztliche Untersuchung notwendig?  ja  nein