

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

5. Haut

6. Abdomen

Palpation

Leber

Milz

Nierenlogen

Hernien/ Genitale

7. Nervensystem

Reflexe

 ASR re/li PSR re/li andere

Sensibilität

Motorik

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:

