

Sportärztliche Untersuchung

Name, Vorname:	Untersuchungsdatum:
Geb.-Datum:	UntersucherIn:

o.B. signifikanter Befund

1. Kopf/Hals

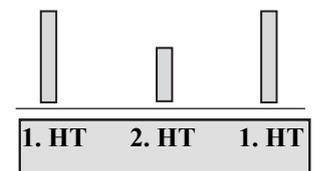
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Visus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brillen/Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li
Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
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"/>		



o.B. signifikanter Befund

4. Lymphknoten

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> | <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

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|
-

6. Abdomen

- | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|
| Palpation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Milz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nierenlogen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hernien/ Genitale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

7. Nervensystem

- | | | | | |
|--------------|--------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| Reflexe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ASR re/li | <input type="checkbox"/> PSR re/li | <input type="checkbox"/> andere |
| Sensibilität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Motorik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

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:

