

### **Einverständniserklärung**

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung, zur Speicherung der erhobenen Daten im Bundesinstitut für Sportwissenschaften und zur Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken. Bei der Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken sind meine Daten so zu verändern, dass kein Bezug zwischen ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die ärztlichen Mitarbeiter der Untersuchungszentren, für den von mir im Untersuchungsbogen genannten Heim- und Bundestrainer und für die wissenschaftlichen Mitarbeiter des BL des Deutschen Sportbundes und des BIsSp. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten durch diesem Benutzerkreis bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.

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 <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Belastungs-EKG auffällig   nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
HV durch Röntgen/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"/>



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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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

**H BIOMETRISCHE DATEN in cm**

FBA vorgebeugt \_\_\_\_\_

gekreuzter Nackengriff links \_\_\_\_\_

gekreuzter Nackengriff rechts \_\_\_\_\_

Beinlängendifferenz \_\_\_\_\_

HWD 7 – BWD 12 \_\_\_\_\_

BWD 12 – LWD 5 \_\_\_\_\_

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**I WIRBELSÄULE / RUMPF**

o.B  A  B  X

Schiefhals

Rückenmuskulatur

Thoraxform/ -funktion

Bauchwand

Flachrücken

Rundrücken / Hohlrunder Rücken

Klopfschmerz der Wirbelsäule

Skoliose

Haltungsschwäche

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**K WIRBELSÄULENBEGWEGLICHKEIT**

o.B  A  B

HWS-Beweglichkeit

Kopfvor- / -rückneigung (45-0-45) \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Kopfrechts- / -linksneigung (45-0-45) \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Kopfrechts- / -linksdrehung (80-0-80) \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**L RUMPFBEWEGLICHKEIT (BWS + LWS)**

o.B  A  B

Rumpfvor- / -rückneigung (90-0-30) \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Rumpfrechts- / -linksneigung (30-0-30) \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Rumpfrechts- / -linksdrehung (30-0-30) \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**M UNTERE GLIEDMASSEN**

o.B  A  B  X

X-Bein(e)

O-Bein(e)

Drehfehler

Genua recurvata

Fußdeformität(en)

Zehendeformität(en)

Muskulatur der Beine

Sehnen der unteren Gliedmaßen

Anmerkungen \_\_\_\_\_

**N HÜFTGELENKBEGWEGLICHKEIT**

o.B  A  B  X

Patholog. Gelenkgeräusche

Streckung / Beugung links (10-0-130) \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Streckung / Beugung rechts \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Ab- / Anspreizung links (40-0-30) \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Ab- / Anspreizung rechts \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Ausw.- / Einwärtsdrehg. geb. links (40-0-30) \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Ausw.- / Einwärtsdrehg. geb. rechts \_\_\_\_\_ - 0 - \_\_\_\_\_

Anmerkungen \_\_\_\_\_



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

**V ORTHOPÄDISCHE 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	

**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**

<b>Untersuchung</b>	<b>gemacht</b>
Ultraschallbeurteilung	<input type="checkbox"/>
Ultraschallbeurteilung (weitere Untersuchung)	<input type="checkbox"/>
Ultraschallbeurteilung (weitere Untersuchung)	<input type="checkbox"/>
Ultraschallbeurteilung (weitere Untersuchung)	<input type="checkbox"/>
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"/>