

Ärztlicher Untersuchungsbogen

Dieser Untersuchungsbogen verbleibt beim untersuchenden Arzt.

Untersuchungsdatum:

Angaben zur Person

Name: Vorname: geb.:

Wohnanschrift:

Telefon/Fax:

Hausarzt (Anschrift, Telefon):

Sportart: Trainingshäufigkeit/Woche:

aktuelle Beschwerden

Rücken: Knie:

Schulter: Sprunggelenk:

Ellenbogen: Füße:

Handgelenk: Achillessehne:

Becken/Hüfte: Sonstige:

aktuelle Daten und Befunde

Schlaf: Ernährungsart: gemischt

Stuhlgang: vegetarisch

Wasserlassen: sonstige

Medikamenteneinnahme:

Körperhöhe: Körpermasse:

Klin. Reifestatus: stark retardiert normal

redartiert akzeleriert

Zeitpunkt Menarche:

allgemeine klinische Besonderheiten

	o.B.	auffällig		o.B.	auffällig
NR.-Raum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nerv. System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinnesorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten beschreiben:

.....

EKG

Ruhe-Herzfrequenz: _____ /min Blutdruck: _____ /mm Hg

Besonderheiten: _____

Laborbefunde:

Urin: _____ Blutbild: _____ BSR: _____

Zustand und Funktion des Stütz- und Bewegungssystems

Beckenstand: _____ Schulterstand: _____

WS frontal: _____ Haltung seitlich: _____

Beweglichkeit der WS: _____

Armachsen: _____ Beinachsen: _____

Fußhaltung: _____

Gelenkstatus

Schulter: _____ Hüftgelenke: _____

Ellenbogen: _____ Kniegelenk: _____

Handgelenk/ Hände: _____ Sprunggelenk: _____

Besonderheiten von weiteren Gelenken (bes. bei Beschwerden): _____

Muskelstatus: _____**Bindegewebsstatus**

normal mobil	<input type="checkbox"/>	hypomobil	<input type="checkbox"/>
hypermobil	<input type="checkbox"/>	stark hypermobil	<input type="checkbox"/>

Impfstatus:_____

Auf Grund der Befunde sind aus ärztlicher Indikation weitere Untersuchungen zu empfehlen:

_____**Sporttauglichkeit:**ja bedingt nein _____
Ort, Datum_____
Unterschrift des Arztes