



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Sporttauglichkeitsuntersuchungen im BBW

Stand: 12/2021



Bescheinigung

über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Basketballspieler/-in

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Basketballspieler/-in

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/-in

Unterschrift Arzt/Ärztin



Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Basketballspieler/-in

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Basketballspieler/-in

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/-in

Unterschrift Arzt/Ärztin



Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Ballspieler/-in

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Basketballspieler/-in

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/-in

Unterschrift Arzt/Ärztin



Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Basketballspieler/-in

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Basketballspieler/-in

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/-in

Unterschrift Arzt/Ärztin



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____

, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Klub: _____

Spielerdaten:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sprungbein: _____

Händigkeit: _____



Orthopädisch-chirurgische Anamnese

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Krankenhausaufenthalte (vollständig/zeitlich geordnet):

Operationen (vollständig/zeitlich geordnet):

Unfälle (vollständig/zeitlich geordnet):

Bemerkungen:



Rumpf Untersuchungsergebnis

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.
Wirbelsäule			
Klopfschmerz			
Kyphose/Skoliose			
Abstand Fingerkuppen – Fußboden	_____ cm		
Schober-Zeichen L1–L5 (10–15 cm)	_____ cm		
Sonstiges			
Rückenmuskulatur			
Bauchwand (Leistenhernie)			
Rumpfmuskulatur			
Beckenstand			
Beinlängendifferenz	_____ cm		
Iliosakralgelenk			
Hypermobile Gelenke	J	N	



Untere Extremitäten Untersuchungsergebnis

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Beinachse funktionell						
Beinachse O-/X-Bein						
Hüftgelenk						
Impingementzeichen						
Kniegelenk						
Schwellung/Erguss						
Patella/Patellasehne						
Innenband/Außenband						
vorderes/hinteres Kreuzband						
Meniskus (innen/außen)						
Sprunggelenk						
Bandinstabilität						
Achillessehne						
Fußdeformitäten						
Zehendeformitäten						
Hauterkrankungen Nägel/Pilze						

Nur pathologische Befunde

Bewegungsmaße nach Neutral-Null-Methode	Links	Rechts
Hüftgelenk		
Strecken/Beugen (10–0–130)		
Abspreizen/Anführen (40–0–30)		
Auswärts-/Einwärtsdrehen (90) (40–0–90)		
Kniegelenk		
Strecken/Beugen (0–0–140)		
Sprunggelenk		
Strecken/Beugen (20–0–60)		



Obere Extremitäten Untersuchungsergebnis

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Schultergelenk						
Rotatorenmanschette/Bizepssehne						
Acromioclaviculargelenk						
Sternoclaviculargelenk						
Impingement						
Instabilität						
Ellenbogengelenk						
Instabilität						
Handgelenk						
Schmerzangabe						
Instabilität						
Finger						
Gelenkverletzungen						
Bandinstabilität						

Nur pathologische Befunde

Bewegungsmaße nach Neutral-Null-Methode	Links	Rechts
Schulter		
Abspreizen/Anführen (180-0-40)		
Rück-/Vorheben (40-0-180)		
Auswärts-/Einwärtsdrehen (90) (50-0-30)		
Ellenbogen		
Strecken/Beugen (10-0-150)		
Auswärts-/Einwärtsdrehen (60-0-90)		
Handgelenk		
Heben/Senken (60-0-60)		
ellenwärts/speichenwärts (20-0-20)		



Hinweise und Maßnahmen

Spielernamen: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athleten/-innen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:



Hinweise und Maßnahmen

Spielernamen: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athleten/-innen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Ärztin oder des untersuchenden Arztes

Spielername:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____

, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Klub: _____

Spielerdaten:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____



Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Sportanamnese (z.B. Anzahl der Trainingsjahre, Trainingsstunden pro Woche, Spielposition):

Krankheitsanamnese (z.B. Kinderkrankheiten, frühere Krankheiten der inneren Organe und Sinnesorgane, besondere Infektionskrankheiten, Allergien, sonstige Erkrankungen, Schwindelattacken, Synkopen, pektanginöse Beschwerden, grippaler Infekt mit Herzstolpern, Herzrasen):

Familienanamnese (z.B. plötzlicher Herztod):

Impfstatus (z.B. Tetanus, Polio, Diphtherie, Hepatitis A und B):

Medikamente:

Frühere Untersuchungen:

letzte augenärztliche Kontrolle: _____

letzte zahnärztliche Untersuchung: _____

letzte HNO-Untersuchung: _____

wichtige frühere Untersuchungen: _____



Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Aktuelle Beschwerden (z.B. Schmerzen, Luftnot, Pulsunregelmäßigkeiten, Schwindel, Husten, Auswurf, Gewichtsveränderungen, Appetitstörungen, Schlafstörungen, Auffälligkeiten beim Wasserlassen und Stuhlgang):



Allgemeinbefund/Auffälligkeiten

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Körpergröße (cm): _____

Körpergewicht (kg): _____

Lymphknoten: _____

Sinnesorgane: _____

Nasen-/Rachenraum: _____

Zähne (Zahnfleischbluten, fehlende Zähne, Schmerzen): _____

Halsregion: _____

Thorax (Inspektion): _____

Herz: _____

Lunge: _____

Abdominalorgane (einschl. Nierenlager): _____

Gefäßsystem (Arterienpuls, Gefäßgeräusche, Venensystem): _____

Haut: _____

Nervensystem: _____

Bemerkungen:



Herz-Kreislauf-Funktionsprüfung

Präventiv-diagnostisch

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Herzfrequenz in Ruhe: _____ /min

Blutdruck in Ruhe (links): _____ mmHg

Blutdruck in Ruhe (rechts): _____ mmHg

Ruhe-EKG (12 Ableitungen): _____

Beurteilung:



Beurteilungen und Empfehlungen

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Beurteilungen/Empfehlungen:



Beurteilungen und Empfehlungen

Spielernamen: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Beurteilungen/Empfehlungen:

