



## Sportmedizinische Untersuchung

### 1) Anamnese

Grund der Untersuchung:

---

---

Aktuelle und frühere gesundheitliche Probleme:

Operationen: \_\_\_\_\_

Unfälle: \_\_\_\_\_

Verletzungen: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Behandlung: \_\_\_\_\_

Bekannte Fettstoffwechselstörung?  nein  ja

Diabetes mellitus („Zuckererkrankung“)?  nein  ja

Arterielle Hypertonie (Bluthochdruck)?  nein  ja

Beschwerden bei oder in Zusammenhang mit körperlicher Belastung:

Dyspnoe (Luftnot)?

nein  ja

Wann tritt die Luftnot auf?

vor/während/nach Belastung: \_\_\_\_\_

bei Einatmung/Ausatmung: \_\_\_\_\_



Schwindel, Benommenheit, Herzstolpern (Palpitationen) oder Herzrasen?

nein  ja

Synkopen (Ohnmachtsanfälle) im Zusammenhang mit Belastung?

nein  ja

Wann trat dies zuletzt auf: \_\_\_\_\_

Genauer Zeitpunkt während der Belastung: \_\_\_\_\_

Äußere Umstände (Hitze, Kälte, Wassermangel o.Ä.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Thoraxschmerzen (Schmerzen im Brustkorb) im Zusammenhang mit Belastung?

nein  ja

Genauere Lokalisation: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt (vor/während/nach Belastung): \_\_\_\_\_

Atemabhängig: \_\_\_\_\_

Schmerzen im Bewegungsapparat?

nein  ja

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt (vor/während/nach Belastung): \_\_\_\_\_

Familiäre Risikofaktoren:

Sind in der engeren Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) Fälle von plötzlichem Herztod bekannt?

nein  ja

Bestehen in der engeren Familie kardiovaskuläre/metabolische Erkrankungen (Herz-Kreislauf- oder Stoffwechsel-Erkrankungen)?

nein  ja



Besteht bei Ihnen Konsum von Nikotin?

nein  ja

Wieviel: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen Konsum von Alkohol?

nein  ja

Menge und Art: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln?

nein  ja

Welche: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen Konsum von Medikamenten?

nein  ja

Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie bestimmte Ernährungsgewohnheiten/ Diätpläne?

\_\_\_\_\_

Trainingsanamnese:

Welche Art von körperlichen Aktivitäten betreiben Sie?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Häufigkeit und Umfang: \_\_\_\_\_

Intensität und Dauer: \_\_\_\_\_

Seit wann und mit welchem Ziel wird sie verfolgt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ vom Arzt auszufüllen \_\_\_\_\_

## 2) Klinische Untersuchung

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

BMI: \_\_\_\_\_

Hör- oder Sehstörung: \_\_\_\_\_

Begutachtung von Kopf und Hals:

- Pupillen isokor und isoreaktiv, kein Meningismus, Zunge gerade und feucht, nicht belegt, LK nicht tastbar, Bewegung in der HWS altersentsprechend, Ohren: TF-Reflex bds., Nasenatmung gut möglich, Tonsillen: o. p. B., Mundhöhle: o. p. B., Schädelkalotte: intakt, kein Stauchungsschmerz HWS

● \_\_\_\_\_

Auskultation von Herz und Lunge:

Cor:

- rein, rhythmisch, keine HG

● \_\_\_\_\_

Pulmo:

- Vesikuläres AG über allen Abschnitten

● \_\_\_\_\_

Auskultation von Carotiden, Bauchaorta und Femoralarterien:

- Keine Strömungsgeräusche, keine Auffälligkeiten

● \_\_\_\_\_



Palpation des Abdomens in Hinblick auf Organvergrößerung, Resistenzen, Schmerzen und Darmgeräuschen:

- weich, kein Druckschmerz, keine Resistenz, Darmgeräusche positiv über allen 4 Quadranten, Leber und Milz nicht tastbar

● \_\_\_\_\_

Begutachtung der Beine auf Ödeme, Varizen und Hautveränderungen:

- keine Ödeme, keine Varizen, kein Effloreszenzen, keine Wunden, Pulse beidseits gut tastbar

● \_\_\_\_\_

Inspektion des Bewegungsapparates von vorne, hinten, seitlich, Beinachse, Fußstellung, in Vorbeugung (WS):

- Bewegungsapparat inspektorisch altersentsprechend

● \_\_\_\_\_

Untersuchung des Bewegungsapparates:

Hüftflexion/Hüft-Innen- und Außenrotation (im Liegen):

- Grade altersentsprechend

● \_\_\_\_\_

Schulter- und Nackengriff (im Stehen):

- Bewegung und Kraft altersentsprechend beidseits

● \_\_\_\_\_

Funktion der großen Gelenke und Motorik (in tiefer Hocke):

- Funktion und Motorik altersentsprechend, keine Schmerzen

● \_\_\_\_\_



### 3) Blutdruckmessung

RR: systolisch \_\_\_\_\_ mmHg

diastolisch \_\_\_\_\_ mmHg

### 4) Ruhe-Elektrokardiogramm mit zwölf Ableitungen

Ohne pathologischen Befund

\_\_\_\_\_

### 5) Ergebnis

Keine weiterführende Diagnostik notwendig, obige/r Patient/in ist als **sporttauglich** einzustufen

Weiterführende Diagnostik erforderlich:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Güntersleben, den

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Arzt