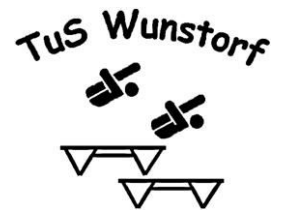


Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Kinder und Jugendliche

Dieser Teil ist für den Arzt bzw. Ihre eigenen Unterlagen bestimmt.



Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Länge: _____ cm (_____ P.) Gewicht: _____ kg (_____ P.)
 BMI: _____ kg/m² (_____ P.) Blutdruck: _____ mm Hg (_____ P.)

Anamnese:

Eigenanamnese/ Vorerkrankungen:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Orthopädische Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> verz. Entwicklung | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankungen: _____ | | |

Verletzungen/ Operationen: _____

Allergien/ Medikamente: _____

Ergänzungen: _____

Familienanamnese:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Marfan-Syndrom | <input type="checkbox"/> hypertrophe Kardiomyopathie |
| <input type="checkbox"/> Andere Ergänzungen: _____ | |

Ergänzungen: _____

Sportanamnese:

Sportarten: _____

Seit wann: _____ wie oft: _____ wie lange: _____

Symptome bei Belastung:

- | | | | |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atemnot | <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> Schmerz | <input type="checkbox"/> Synkope |
|----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|

Ergänzungen: _____

Klinische Untersuchung:

	o.p.B.	Auffällige Befunde
Augen		
HNO		
Mund/ Zähne		
Lunge		
Herz/ Gefäße		
Abdomen		
Muskulatur		
Haut		

Klinische Untersuchung Fortsetzung:

	o.p.B.		Auffällige Befunde				
HWS							
BWS							
LWS							
Schultern							
Becken							
Füße							
Gelenke							
Flexibilität							
Tanner Stadium:	1	2	3	4	5	(Brust/ Schamhaare)	

Ergänzungen: _____

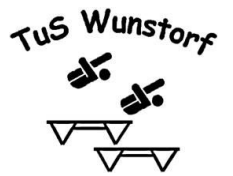
Weitere Untersuchungen: _____

Beurteilung: _____

 Arztstempel und Unterschrift

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Kinder und Jugendliche

Diesen Teil bitte abgeben



Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____

Länge: _____ cm (_____ P.) Gewicht: _____ kg (_____ P.)
BMI: _____ kg/m² (_____ P.) Blutdruck: _____ mm Hg (_____ P.)

Sportanamnese:

Sportarten: _____
Seit wann: _____ wie oft: _____ wie lange: _____
Ergänzungen: _____

Sportmedizinische Beurteilung:

Sportgesund: ja/ nein Teilsport Dauer
Einschränkungen:

Training: intensivieren reduzieren wie bisher
Weitere Hinweise:

Arztstempel und Unterschrift