

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Kurzbericht internistisch

Stand : 8/ 2015



(Name, Anschrift, Telefonnummer des Arztes)

Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Der Spieler _____
(Vor- und Zuname)

geb. am _____

wurde sportmedizinisch untersucht:

Erstuntersuchung

Nachuntersuchung

internistisch – allgemeinmedizinisch am _____

durch den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch _____

(fachärztliche Untersuchungsstelle)

orthopädisch-chirurgisch am _____

durch den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch _____

(fachärztliche Untersuchungsstelle)

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt. ODER

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch den Arzt mit der
Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler

Nachuntersuchung: _____
Monat / Jahr

Unterschrift Spieler

Unterschrift Club

Unterschrift Arzt
Zusatzbezeichnung Sportmedizin

(Name, Anschrift, Telefonnummer des Arztes)

Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Der Spieler _____
(Vor- und Zuname)

geb. am _____

wurde sportmedizinisch untersucht:

Erstuntersuchung

Nachuntersuchung

internistisch – allgemeinmedizinisch

am _____

durch den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch _____

(fachärztliche Untersuchungsstelle)

orthopädisch-chirurgisch

am _____

durch den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch _____

(fachärztliche Untersuchungsstelle)

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt. ODER
Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch den Arzt mit der
Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler

Nachuntersuchung:

Monat / Jahr

Unterschrift Spieler

Unterschrift Club

Unterschrift Arzt
Zusatzbezeichnung Sportmedizin

 (Name, Anschrift, Telefonnummer des Arztes)

Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Der Spieler _____
(Vor- und Zuname)

geb. am _____

wurde sportmedizinisch untersucht:

Erstuntersuchung

\$ Nachuntersuchung

internistisch – allgemeinmedizinisch

am _____

\$ durch den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch _____

(fachärztliche Untersuchungsstelle)

orthopädisch-chirurgisch

am _____

durch den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch _____

(fachärztliche Untersuchungsstelle)

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt. ODER
 Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch den Arzt mit der
 Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler

Nachuntersuchung:

Monat / Jahr

 Unterschrift Spieler

 Unterschrift Club

 Unterschrift Arzt
 Zusatzbezeichnung Sportmedizin

(Name, Anschrift, Telefonnummer des Arztes)

Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Der Spieler _____
(Vor- und Zuname)

geb. am _____

wurde sportmedizinisch untersucht:

Erstuntersuchung

Nachuntersuchung

internistisch – allgemeinmedizinisch

am _____

durch den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch _____

(fachärztliche Untersuchungsstelle)

orthopädisch-chirurgisch

am _____

durch den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch _____

(fachärztliche Untersuchungsstelle)

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt. ODER
Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch den Arzt mit der
Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler

Nachuntersuchung:

Monat / Jahr

Unterschrift Spieler

Unterschrift Club

Unterschrift Arzt
Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Verbleib:

Arzt

Spielernamen: _____

Untersuchungsdatum: _____

Erstuntersuchung

Nachtuntersuchung

SPORTMEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

Internistisch – allgemeinmedizinischer Teil

Klub: _____

Name: _____

geboren am: _____ in: _____

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____

INTERNISTISCH – ALLGEMEINMEDIZINISCHE ANAMNESE

Sportanamnese:

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

Krankheitsanamnese:

(z.B. Kinderkrankheiten, frühere Krankheiten, der inneren Organe und Sinnesorgane, besondere Infektanfälligkeiten, 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 Zahnärztliche Untersuchung: _____
- letzte HNO-Untersuchung: _____
- wichtige frühere Untersuchungen: _____

Verbleib:
Arzt

Aktuelle Beschwerden:

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

Verbleib:
Arzt

BEURTEILUNG

EMPFEHLUNGEN

Verbleib:

Trainer/Spieler

BEURTEILUNG

EMPFEHLUNGEN