

# Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

## Kurzbericht orthopädisch

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

Nachuntersuchung

## SPORTMEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

Orthopädisch – chirurgischer Teil

Klub: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Sportart: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

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

Sprungbein: \_\_\_\_\_

Händigkeit: \_\_\_\_\_

Verbleib:

Arzt

ORTHOPÄDISCH - CHIRURGISCHE ANAMNESE

1. Krankenhausaufenthalte: vollständig / zeitlich geordnet

2. Operationen: vollständig / zeitlich geordnet

3. Unfälle: vollständig / zeitlich geordnet

4. Bemerkungen

Verbleib:  
Arzt



Hinweise für Athleten, Trainer und Verbandsarzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:



Verbleib:  
Trainer/Spieler



Hinweise für Athleten, Trainer und Verbandsarzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen: