



Sportmedizinische Untersuchung

Name, Vorname:	Untersuchungsdatum:
Geb.-Datum:	UntersucherIn:

1. Thorax / Lungen

	o.B.	anderer Befund
Auskultation	0	0
Perkussion	0	0
Rippenthorax	0	0
anderes	0

2. Herz / Kreislauf

Puls: / min BD: mmHg

	o.B.	anderer Befund
Auskultation	0	0
Herztöne	0	0

.....

Periphere Pulse	0	0
Venen	0	0

	o.B.	anderer Befund
3. Lymphknoten	0	
0 cervical re / li		0 axillär re / li
0 inguinal re / li		0 andere

4. Haut	0	0
	

5. Abdomen

Palpation	0	0
Leber	0	0
Milz	0	0
Nierenlogen	0	0

6. Nervensystem

o.B. anderer Befund

Reflexe	0	0 ASR re / li	0 PSR re / li	0 andere
Sensibilität	0	0		
Motorik	0	0		

6. Bemerkungen / Ergänzungen:

.....

.....

.....

.....

8. Wirbelsäule / Rumpf

o.B. anderer Befund

Gangbild / Haltung	0	0
Rückenform	0	0
Becken	0	0 Schiefstand nach 0 re 0 li minus cm
Iliosakralgelenk	0	0
Beinlänge	0	0
HWS	0	0
BWS	0	0
LWS	0	0
Schultergürtel	0	0
Ellbogen	0	0
Hände	0	0
Hüfte	0	0
Knie	0	0
Sprunggelenk	0	0
Füße	0	0
Sportartspezifische Befunde	0	0
Muskellängen / Beweglichkeit	0	0
Pathologische Befunde markieren:	0	0

