



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Spielerinnen der 2. Damen Basketball- Bundesliga sowie Spieler der Nachwuchs und Jugend Basketball-Bundsliga

Stand: 02/2016

LIGA

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

BESCHEINIGUNG

über die sportmedizinische Untersuchung

Der Spieler _____ , geb. am/in _____
wurde medizinisch 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): _____

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 Klub

Unterschrift Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

MANNSCHAFTSARZT

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

BESCHEINIGUNG

über die sportmedizinische Untersuchung

Der Spieler _____, geb. am/in _____
wurde medizinisch 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): _____

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 Klub

Unterschrift Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

KLUB

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

BESCHEINIGUNG über die sportmedizinische Untersuchung

Der Spieler _____, geb. am/in _____
wurde medizinisch 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): _____

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 Klub

Unterschrift Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

SPIELER

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

BESCHEINIGUNG über die sportmedizinische Untersuchung

Der Spieler _____, geb. am/in _____
wurde medizinisch 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): _____

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 Klub

Unterschrift Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

VERBLEIB

Untersuchender Sportarzt

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Der Spieler _____ , geb. am/in _____
wurde medizinisch untersucht:

☐ **ERSTUNTERSUCHUNG**

☐ **NACHUNTERSUCHUNG**

Klub: _____

Spielerdaten:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sprungbein: _____

Händigkeit: _____

VERBLEIB
Untersuchender Sportarzt

ORTHOPÄDISCH-CHIRURGISCHE ANAMNESE

Krankenhausaufenthalte: (vollständig/zeitlich geordnet) _____

Operationen: (vollständig/zeitlich geordnet) _____

Unfälle: (vollständig/zeitlich geordnet) _____

Bemerkungen: _____

VERBLEIB
Untersuchender Sportarzt

RUMPF UNTERSUCHUNGSERGEBNIS

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Handlungsbedarf		
	o. B.	diagn.	therap.
Wirbelsäule	☐	☐	☐
Klopfschmerz	☐	☐	☐
Kyphose/Skoliose	☐	☐	☐
Fingerkuppen – Fußboden Abstand	___ cm	☐	☐
Schober-Zeichen L1 – L5 (10 – 15 cm)	___ cm	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐
Rückenmuskulatur	☐	☐	☐
Bauchwand (Leisternhernie)	☐	☐	☐
Rumpfmuskulatur	☐	☐	☐
Beckenstand	☐	☐	☐
Beinlängendifferenz	___ cm	☐	☐
Ileosakralgelenk	☐	☐	☐
Hypermobile Gelenke	☐ J ☐ N	☐	☐

VERBLEIB
Untersuchender Sportarzt

EXTREMITÄTEN UNTERSUCHUNGSERGEBNIS

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o. B.	diagn.	therap.	o. B.	diagn.	therap.
Hüftgelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kniegelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schwellung/Erguss	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Patella/Patellasehne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Innenband/Außenband	☐	☐	☐	☐	☐	☐
vorderes/hinteres Kreuzband	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Meniskus (innenaußen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprunggelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bandinstabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Achillessehne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Beinachse (O-/X-Bein)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fußdefomitäten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Zehendefomitäten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hauterkrankungen Nägel/Pilze	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nur pathologische Befunde:

Bewegungsmaße nach Neutral–Null–Methode		Links			Rechts		
Hüftgelenk							
Strecken/Beugen	(10–0–130°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abspreizen/Anspreizen	(40–0–30°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Auswärts-/Einwärtsdrehen (90°)	(40–0–90°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kniegelenk							
Strecken/Beugen	(0–0–140°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sprunggelenk							
Strecken/Beugen	(20–0–60°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VERBLEIB
Untersuchender Sportarzt

EXTREMITÄTEN UNTERSUCHUNGSERGEBNIS

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o. B.	diagn.	therap.	o. B.	diagn.	therap.
Schultergelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rotatorenmanschette/Bizepssehne	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acromioclaviculargelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sternoclaviculargelenk Impingement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Instabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ellenbogengelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Instabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Handgelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schmerzangabe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Instabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Finger	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gelenkverletzungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bandinstabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Nur pathologische Befunde:

Bewegungsmaße nach Neutral–Null–Methode		Links			Rechts		
Schulter							
Abspreizen/Anspreizen	(180–0–40°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Rück-/Vorheben	(40–0–180°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Auswärts-/Einwärtsdrehen (90°)	(50–0–30°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ellenbogen							
Strecken/Beugen Auswärts	(10 – 0 – 150°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
— /Einwärtsdrehung	(90 – 0 – 90°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Handgelenk							
Heben/Senken	(60 – 0 – 60°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐
ellenwärts/speichenwärts	(20 – 0 – 20°)	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VERBLEIB
Untersuchender Sportarzt

Hinweise für Athleten, Trainer und Verbandsarzt: _____

Präventive oder therapeutische Maßnahmen: _____

VERBLEIB
Trainer/Spieler

Hinweise für Athleten, Trainer und Verbandsarzt: _____

Präventive oder therapeutische Maßnahmen: _____

VERBLEIB

Untersuchender Sportarzt

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Der Spieler _____ , geb. am/in _____
wurde medizinisch untersucht:

☐ **ERSTUNTERSUCHUNG**

☐ **NACHUNTERSUCHUNG**

Klub: _____

Spielerdaten:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____

VERBLEIB
Untersuchender Sportarzt

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 Infektionskrankheiten, 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: _____

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

VERBLEIB
Untersuchender Sportarzt

ALLGEMEINBEFUND/AUFFÄLLIGKEITEN

Körpergröße: (cm) _____

Körpergewicht: (kg) _____

Lymphknoten: _____

Sinnesorgane: _____

Nasen-/Rachenraum: _____

Zähne: (Zahnfleischbluten, fehlende Zähne, Schmerzen) _____

Halsregion: _____

Thorax: (Inspektion) _____

Herz: _____

Lunge: _____

Abdominalorgane: (einschl. Nierenlager) _____

Gefäßsystem: (Arterienpuls, Gefäßgeräusche, Venensystem) _____

Haut: _____

Nervensystem: _____

Bemerkungen: _____

VERBLEIB
Untersuchender Sportarzt

HERZ-KREISLAUF-FUNKTIONSPRÜFUNG

präventiv-diagnostisch

Herzfrequenz in Ruhe: _____ /min

Blutdruck in Ruhe: (links) _____ mmHg

Blutdruck in Ruhe: (rechts) _____ mmHg

Ruhe-EKG: (12 Ableitungen) _____

Beurteilung: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Beurteilung/Empfehlungen: _____

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

[illegible]