



# SPORTMEDIZINISCHE UNTERSUCHUNG

## Anamnese

### Grund der Untersuchung:

---

---

### Aktuelle und frühere gesundheitliche Probleme:

Operationen

---

Unfälle

---

Verletzungen

---

Allergien

---

Behandlung

Bekannte Fettstoffwechselstörung?  nein  ja

Arterielle Hypertonie  
(Bluthochdruck)?  nein  ja

Diabetes mellitus  
(„Zuckererkrankung“)?  nein  ja

### Beschwerden bei oder in Zusammenhang mit körperlicher Belastung:

Dyspnoe (Luftnot)?  nein  ja

Wann tritt die Luftnot auf?

vor/während/nach Belastung: \_\_\_\_\_

bei Einatmung/Ausatmung: \_\_\_\_\_

Schwindel, Benommenheit, Herzstolpern (Palpitationen)  nein  ja  
oder Herzrasen?

Synkopen (Ohnmachtsanfälle) im Zusammenhang mit Belastung?  nein  ja

Wann trat dies zuletzt auf: \_\_\_\_\_

Genauer Zeitpunkt während der Belastung: \_\_\_\_\_

Äußere Umstände (Hitze, Kälte, Wassermangel o. Ä.): \_\_\_\_\_

Thoraxschmerzen (Schmerzen im Brustkorb) im Zusammenhang mit Belastung?  nein  ja

Genauere Lokalisation: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt (vor/während/nach Belastung): \_\_\_\_\_

Atemabhängig: \_\_\_\_\_

Schmerzen im Bewegungsapparat?  nein  ja

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt (vor/während/nach Belastung): \_\_\_\_\_

**Familiäre Risikofaktoren:**

Sind in der engeren Familie (Großeltern, Eltern, Geschwister) Fälle von plötzlichem Herztod bekannt?  nein  ja

Bestehen in der engeren Familie kardiovaskuläre/ metabolische Erkrankungen (Herz-Kreislauf- oder Stoffwechsel-Erkrankungen)?  nein  ja

Besteht bei Ihnen Konsum von Nikotin?  nein  ja

Wieviel: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen Konsum von Alkohol?  nein  ja

Menge und Art: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen Konsum von Nahrungsergänzungsmitteln?  nein  ja

Welche: \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen Konsum von Medikamenten?  nein  ja

Welche: \_\_\_\_\_

Haben Sie bestimmte Ernährungsgewohnheiten/ Diätpläne?  
\_\_\_\_\_

## Trainingsanamnese:

Welche Art von körperlichen Aktivitäten betreiben Sie?

---

---

Häufigkeit und Umfang: \_\_\_\_\_

Intensität und Dauer: \_\_\_\_\_

Seit wann und mit welchem Ziel wird sie verfolgt?

---

## Klinische Untersuchung (vom Arzt auszufüllen)

Größe

BMI

Gewicht

Hör- oder Sehstörung

### Begutachtung von Kopf und Hals:

- Pupillen isokor und isoreaktiv, kein Meningismus, Zunge gerade und feucht, nicht belegt, LK nicht tastbar, Bewegung in der HWS altersentsprechend, Ohren: TF-Reflex bds., Nasenatmung gut möglich, Tonsillen: o. p. B., Mundhöhle: o. p. B., Schädelkalotte: intakt, kein Stauchungsschmerz HWS

---

### Auskultation von Herz und Lunge:

Cor:

- rein, rhythmisch, keine HG

---

Pulmo:

- Vesikuläres AG über allen Abschnitten

---

Auskultation von Carotiden, Bauchaorta und Femoralarterien:

- Keine Strömungsgeräusche, keine Auffälligkeiten

---

Palpation des Abdomens in Hinblick auf Organvergrößerung, Resistenzen, Schmerzen und Darmgeräuschen:

- weich, kein Druckschmerz, keine Resistenz, Darmgeräusche positiv über allen 4 Quadranten, Leber und Milz nicht tastbar

\_\_\_\_\_

Begutachtung der Beine auf Ödeme, Varizen und Hautveränderungen:

- keine Ödeme, keine Varizen, kein Effloreszenzen, keine Wunden, Pulse beidseits gut tastbar

\_\_\_\_\_

Inspektion des Bewegungsapparates von vorne, hinten, seitlich, Beinachse, Fußstellung, in Vorbeugung (WS):

- Bewegungsapparat inspektorisch altersentsprechend

\_\_\_\_\_

### Untersuchung des Bewegungsapparates:

Hüftflexion/Hüft-Innen- und Außenrotation (im Liegen):

- Grade altersentsprechend

\_\_\_\_\_

Schulter- und Nackengriff (im Stehen):

- Bewegung und Kraft altersentsprechend beidseits

\_\_\_\_\_

Funktion der großen Gelenke und Motorik (in tiefer Hocke):

- Funktion und Motorik altersentsprechend, keine Schmerzen

\_\_\_\_\_

## Blutdruckmessung

RR:

\_\_\_\_\_ mmHg \_\_\_\_\_ mmHg  
systolisch diastolisch

## Ruhe-Elektrokardiogramm mit zwölf Ableitungen

- Ohne pathologischen Befund

\_\_\_\_\_

## Ergebnis

■ Keine weiterführende Diagnostik notwendig, obige/r Patient/in ist als **sporttauglich** einzustufen

■ Weiterführende Diagnostik erforderlich:

■ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anmerkungen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Würzburg, den

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Arzt

