



# Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Spieler der 3. Bundesliga

Stand: 07/2013

**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**

Club: \_\_\_\_\_

#### **Spielerdaten:**

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

Nationalität: \_\_\_\_\_

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

Größe: \_\_\_\_\_

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

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

Händigkeit: \_\_\_\_\_

**DFL Deutsche Fußball Liga GmbH**  
Guioulettstraße 44-46 · 60325 Frankfurt/Main  
Telefon (069) 6 50 05-0 · Telefax: (069) 6 50 05-5 59

**VERBLEIB**  
Untersuchender Sportarzt

**ORTHOPÄDISCHE ANAMNESE**  
(inkl. Jahresangabe und Dauer der ggf. erforderlichen Sportpausen)

**Aktuelle Beschwerden/Behandlungen:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Frühere Verletzungen/Beschwerden:** (z.B. Banderverletzung Knie-/Sprunggelenk, Muskel-Sehnenverletzung, Fraktur, Wirbelsäulen-, Kniebeschwerden, Hüftdysplasie) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Familienanamnese:** (z.B. Hüftdysplasie, entzündlich-rheumatische Erkrankung, frühzeitige Arthrose, Erbkrankheiten, z.B. Muskeldystrophie) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Voroperationen:** (z.B. Bandplastik, Arthroskopie, Osteosynthese inkl. Metallentfernung) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Schuheinlagen:** (Sport und/oder Alltag) \_\_\_\_\_

---

---

---

**VERBLEIB**  
Untersuchender Sportarzt

## **ORTHOPÄDISCHER BEFUND /AUFFÄLLIGKEITEN**

**Obere Extremitäten:** (z.B. Schulter-, Fingergelenksstabilität, Fingerfehlstellung, Schwellung) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Wirbelsäule:** (z.B. Haltung, Bewegungseinschränkung, Bewegungs-/Federungsschmerz, Rumpfstabilität)

---

---

---

**Hüften-/Leistenregion:** (z.B. Bewegungseinschränkung, Druck-/Bewegungsschmerz) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Kniegelenk:** (z.B. Schwellung, Bewegungseinschränkung, strukturelle und funktionelle Stabilität) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Oberes/Unteres Sprunggelenk:** (z.B. Bandstabilität, Bewegungseinschränkung, Schwellung) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Fuß-/Zehngelenk einschl. Achillessehne & Plantarfaszie:** (z.B. Bewegungsausmaß Großzehengrundgelenk, H. rigidus/valgus, Knick-Senk-Spreizfuß, Druckschmerz/Verdickung, Achillessehne)

---

---

**VERBLEIB**  
Untersuchender Sportarzt

## **ORTHOPÄDISCHER BEFUND /AUFFÄLLIGKEITEN**

**Muskuläre Verkürzungen:** (z.B. Mm. quadrizeps, iliopsoas, gastrocnemius, soleus, Adduktoren und ischiokrurale Muskulatur, tiefe Zehenflexoren) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Hypermobilität:** (allgemein bzw. Angabe der betroffenen Gelenke) \_\_\_\_\_

---

---

---

**Beurteilung:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**Empfehlung:** \_\_\_\_\_

---

---

---

**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**

Club: \_\_\_\_\_

### **Spielerdaten:**

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

Nationalität: \_\_\_\_\_

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

Größe: \_\_\_\_\_

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

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

Händigkeit: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

**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

**Messung:**  liegend  sitzend

**Ruhe-EKG\*:** (12 Ableitungen) \_\_\_\_\_

*\* bei unauffälligem Befund ist ein Ruhe-EKG nur zweijährlich obligat*

**Belastungs-EKG** (mind. 6 Abteilungen; in der Regel symptomlimitierte ausbelastende Fahrradergometrie mit einem der u.a. Protokolle; in Ausnahmefällen – bei gleichzeitiger Leistungsdiagnostik – Laufbandergometrie mit Stufenprotokoll möglich; in einem solchen Fall standardisierte Pausen für optimale EKG-Qualität und Messungen des Belastungsblutdrucks):

Belastungsprotokoll						
Leistung			abweichendes Protokoll	Stufendauer	HF/min	RR(mmHg)
50	50	100		3min.		
75	100	150		3min.		
100	150	200		3min.		
125	200	250		3min.		
150	250	300		3min.		
175	300	350		3min.		
200	3560	400		3min.		
225	400			3min.		
250				3min.		
nach 1 min Erholung						
nach 3 min Erholung						
nach 5 min Erholung						

**Beurteilung:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**VERBLEIB**  
 Untersuchender Sportarzt

**LABOR**

Parameter	gemessener Wert	Einheit	alternative Einheit
Hämatokrit		%	
Hämoglobin		g/dl	
Erythrozyten		Mio/ $\mu$ l	
Leukozyten		/ $\mu$ l	
ALT/GPT		lU/l	
CRP		mg/dl	
Kreatinin		mg/dl	
Kalium		mmol/l	
Glukose		ng/ml	
nüchtern			
postprandial			
Gesamtcholesterin		mg/dl	
Urinstatus			

---

---

---

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

**BERICHT**  
über die sportärztliche Tauglichkeitsuntersuchung  
von Fußballspielern

Der Spieler \_\_\_\_\_, geb. am / in \_\_\_\_\_

Verein bzw. Tochtergesellschaft \_\_\_\_\_

wurde von mir auf seine Tauglichkeit als Hochleistungssportler im Fußballsport untersucht.

**Er ist geeignet      –      Er ist nicht geeignet**

(Nicht zutreffendes streichen)

---

Unterschrift Arzt Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Die Durchführung der sportärztlichen Tauglichkeitsuntersuchung wird bestätigt:

---

Unterschrift Spieler

---

Unterschrift Club

**SPIELER**

---

---

---

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

**BERICHT**  
über die sportärztliche Tauglichkeitsuntersuchung  
von Fußballspielern

Der Spieler \_\_\_\_\_, geb. am / in \_\_\_\_\_

Verein bzw. Tochtergesellschaft \_\_\_\_\_

wurde von mir auf seine Tauglichkeit als Hochleistungssportler im Fußballsport untersucht.

**Er ist geeignet      –      Er ist nicht geeignet**

(Nicht zutreffendes streichen)

---

Unterschrift Arzt Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Die Durchführung der sportärztlichen Tauglichkeitsuntersuchung wird bestätigt:

---

Unterschrift Spieler

---

Unterschrift Club

---

---

---

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

**SAMMEL-BERICHT**  
über die sportärztliche Tauglichkeitsuntersuchung  
von Fußballspielern

Es wurden \_\_\_\_\_ Spieler gemäß der angeführten Namensliste

des Vereins bzw. der Tochtergesellschaft \_\_\_\_\_

von mir auf seine Tauglichkeit als Hochleistungssportler im Fußballsport untersucht.

**Die Spieler sind geeignet – Die Spieler sind nicht geeignet**

(Nicht zutreffendes streichen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Die Durchführung der sportärztlichen Tauglichkeitsuntersuchung wird bestätigt:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Club

**VERBLEIB**  
Untersuchender Sportarzt

## **SAMMELBESTÄTIGUNG SPORTÄRZTLICHE UNTERSUCHUNGEN**

<b>Nr.</b>	<b>Nachname</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geb.-Datum</b>	<b>Unterschrift Spieler</b>