



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Spieler der 1. und 2. Bundesliga

Stand: 05/2020

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 55

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, Athroskopie, 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/ μ l	
Leukozyten		/ μ l	
AST/GOT		lU/l	
ALT/GPT		lU/l	
gamma-GT		lU/l	
CRP		mg/dl	
Kreatinin		mg/dl	
Kalium		mmol/l	
Magnesium		mmol/l	
Ferritin		ng/ml	
Glukose		ng/ml	
nüchtern			
postprandial			
Gesamtcholesterin		mg/dl	
HDL-Cholesterin		mg/dl	
LDL-Cholesterin		mg/dl	
Triglyceride		mg/dl	
Harnsäure		mg/dl	
Urinstatus			

VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

ECHOKARDIOGRAPHIE

(Die aufgelisteten Parameter können einen Leitfaden darstellen, obligat ist jedoch nur das Ausfüllen der grau unterlegten Felder sowie eine Gesamtbeurteilung.)

Parameter/Funktion/ Struktur	Messung	Einheit	ergänzende Angaben
EDD		mm	
ESD		mm	
IVS		mm	Hypertrophie-Index (%)
PW		mm	(IVS+PW): EDD
LA		mm	
Ao		mm	
RV		qualitativ	Durchmesser
systolische Funktion		qualitativ	EF(%) frakt. Verkürz. ((EDD-ESD):EDD)(%)
diastolische Funktion		qualitativ	E/A TVI:E' / A'
Aortenklappe		qualitativ	
Mitralklappe		qualitativ	
Herzvolumen		ml	Angabe in ml/kg
Wandbewegungsstörungen			
Sonstige Auffälligkeiten:			
Beurteilung:			

LIGAVERBAND

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

CLUB

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