

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Spieler der Deutschen Eishockey Liga

Stand: 05/2020

LIGAGESELLSCHAFT

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

**Bericht
über die sportärztliche Tauglichkeitsuntersuchung
von Eishockeyspielern**

Der Spieler _____, geb. am / in _____

Verein bzw. Tochtergesellschaft _____

wurde von mir auf seine Tauglichkeit als Hochleistungssportler im Eishockeysport 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

MANNSCHAFTSARZT

Name und Anschrift des untersuchenden Sportarztes

Untersuchungsdatum

**Bericht
über die sportärztliche Tauglichkeitsuntersuchung
von Eishockeyspielern**

Der Spieler _____, geb. am / in _____

Verein bzw. Tochtergesellschaft _____

wurde von mir auf seine Tauglichkeit als Hochleistungssportler im Eishockeysport 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 Eishockeyspielern**

Der Spieler _____, geb. am / in _____

Verein bzw. Tochtergesellschaft _____

wurde von mir auf seine Tauglichkeit als Hochleistungssportler im Eishockeysport 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 Eishockeyspielern**

Der Spieler _____, geb. am / in _____

Verein bzw. Tochtergesellschaft _____

wurde von mir auf seine Tauglichkeit als Hochleistungssportler im Eishockeysport 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

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: _____

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyphose/Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingerkuppen – Fußboden Abstand	___ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schober-Zeichen L1 – L5 (10 – 15 cm)	___ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchwand (Leisternhernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumpfmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beckenstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinlängendifferenz	___ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ileosakralgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypermobile Gelenke	<input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

BEWEGUNGSMASSE NACH NEUTRAL-NULL-METHODE

Zutreffendes bitte ankreuzen

		Links	Rechts
Hüftgelenk			
Strecken/Beugen	(10-0-30°)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Abspreizen/Anspreizen	(40-0-30°)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Auswärts-/Einwärtsdrehen 90°	(40-0-30°)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kniegelenk			
Strecken/Beugen	(0-0-140°)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Sprunggelenk			
Strecken/Beugen	(20-0-60°)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

EXTREMITÄTEN UNTERSUCHUNGSERGEBNIS

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o. B.	diagn.	therap.	o. B.	diagn.	therap.
Hüftgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kniegelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellung/Erguss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patella/Patellasehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mediales/Laterales Seitenband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vorderes/hinteres Kreuzband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lachmann-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pivot Shift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tastbefund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Syndesmose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandapparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fuß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Großzehengrundgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen Nägel/Pilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

EXTREMITÄTEN UNTERSUCHUNGSERGEBNIS

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o. B.	diagn.	therap.	o. B.	diagn.	therap.
Schultergelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acromioclaviculargelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sternoclaviculargelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogengelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muskulatur: _____

Bildgebende Dokumentation: (z.B. Sonographie, Röntgen, CT, NMR) _____

Bemerkungen: _____

VERBLEIB
Untersuchender Sportarzt

SCAT 2 - EVALUATION

Name des Spielers: _____

Unfall-Datum /Unfallzeit: _____

Untersuchungsdatum /Untersuchungszeit: _____

Anzahl Jahre im Eishockey: _____

Untersuchung: _____

Symptom Evaluation (Gesamtzahl von Symptomen (22))

Symptom-Schwere-Score (Summe aller Scores, maximal möglich: $22 \times 6 = 132$) _____

Verschlechtern sich die Symptome unter körperlicher Belastung? _____

Verschlechtern sich die Symptome unter mentaler Belastung? _____

Klinische Zeichen (2) _____

Glasgow Coma Scale (15) _____

Gleichgewichts-Score (30) _____

Gesamt-Wert SAC (30) _____

Orientierungs-Score _____ von 5

Primäres Erinnerungsvermögen _____ von 5

Konzentrations-Score _____ von 5

Langzeit-Erinnerungsvermögen _____ von 5

Koordination (1) _____

GESAMTWERT SCAT 2:

VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

SYMPTOM EVALUATION

Wie geht es Ihnen?

Sie sollen die folgenden Symptome bei sich einschätzen, wie sie aktuell vorliegen. Nach dem Durchlesen jedes Symptoms, kreisen Sie bitte die Nummer ein, die am besten beschreibt, wie Sie sich heute fühlen. Eine Bewertung von 0 bedeutet, dass dieses Symptom heute nicht vorliegt. Eine Bewertung von 6 bedeutet, dass dieses Symptom Sie heute erheblich beeinträchtigt.

SYMPTOME	keine	leicht		mittel		stark	
Ich fühle mich „nicht richtig“	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe Kopfschmerzen	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe das Gefühl, dass der Kopf „drückt“	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe Nacken-Schmerzen	0	1	2	3	4	5	6
ich habe Übelkeit/Erbrechen	0	1	2	3	4	5	6
Ich bin verwirrt oder durcheinander	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe Gleichgewichtsprobleme	0	1	2	3	4	5	6
Mir ist schwindelig	0	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich müde oder erschöpft	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe Schwierigkeiten einzuschlafen	0	1	2	3	4	5	6
Mir ist schläfrig zu Mute	0	1	2	3	4	5	6
Ich reagiere empfindlich auf Licht	0	1	2	3	4	5	6
Ich reagiere empfindlich auf Lärm	0	1	2	3	4	5	6
Ich bin reizbar	0	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich traurig	0	1	2	3	4	5	6
Ich bin nervös oder ängstlich	0	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich erregbarer	0	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich „nebelig“	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4	5	6
Ich habe Seh-Probleme	0	1	2	3	4	5	6
Ich fühle Taubheit oder Kribbeln im Körper	0	1	2	3	4	5	6
Ich schlafe mehr als üblich	0	1	2	3	4	5	6
Ich schlafe weniger als üblich	0	1	2	3	4	5	6
Ich fühle mich verlangsamt	0	1	2	3	4	5	6

Waren Sie bewusstlos oder nicht ansprechbar? _____

Falls ja, wie lange? _____

Lag eine Gleichgewichtsstörung/Unsicherheit vor? _____

VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

GLASGOW COMA SCALE (GCS)

AUGEN ÖFFNEN

WERT:

	Erwachsener	1–5 Jahre	0–1 Jahre
4	spontan	spontan	spontan
3	auf Aufforderung	auf Aufforderung	auf Rufen
2	auf Schmerzreiz	auf Schmerzreiz	auf Schmerzreiz
1	fehlend	fehlend	fehlend

BESTE SPRACHLICHE REAKTION

WERT:

5	orientiert	angemessene Worte	gurr, plappert, lächelt
4	desorientiert	inadäquate Worte	weint
3	inadäquate Worte	weint, schreit	inadäquates Weinen
2	unverständlich	grunzend	grunzend
1	keine	keine	keine

BESTE MOTORISCHE REAKTION

WERT:

6	spontan	spontan	spontan
5	gezielt auf Schmerz	gezielt auf Schmerz	gezielt auf Schmerz
4	normale Beugung	normale Beugung	normale Beugung
3	abnormale Beugung	abnormale Beugung	abnormale Beugung
2	Streckmechanismen	Streckmechanismen	Streckmechanismen
1	keine	keine	keine

GESAMTWERT GCS:

VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

STANDARDIZED ASSESSMENT OF CONCUSSION

ORIENTIERUNG (0= falsch, 1 = richtig)

WERT: /5

- Welcher Monat ist gerade? 0 1
- Welches Datum ist heute? 0 1
- Welcher Wochentag ist heute? 0 1
- In welchem Jahr befinden wir uns? 0 1
- Wie spät ist es jetzt etwa? (innerhalb 1h) 0 1

PRIMÄRES ERINNERUNGSVERMÖGEN (0= falsch, 1 = richtig)

WERT: /15

„Ich werde jetzt Ihr Gedächtnis testen. Ich lese Ihnen eine Liste von Wörtern vor und wenn ich fertig bin, wiederholen Sie so viele Wörter wie Sie sich erinnern können, in beliebiger Reihenfolge.“

Versuch 2 und 3: „Ich wiederhole jetzt diese Wörter. Wiederholen Sie in beliebiger Reihenfolge so viele verschiedene Wörter wie möglich, auch wenn Sie das Wort schon einmal gesagt haben.“

Füllen Sie nun alle drei Testabläufe aus, unabhängig von der Punktzahl bei Test 1 und 2. Lesen Sie die Worte in je einer Sekunde. Markieren Sie „1“ für jede richtige Antwort. Die Gesamtpunktzahl ergibt sich aus der Summe aller drei Tests. Informieren Sie den Spieler nicht, dass die Wörter später, nach der Konzentrations- und Koordinationstestung, nochmals abgefragt werden.

Variante A	Variante B	Variante C	Variante D	Test 1	Test 2	Test 3
Ellenbogen	Kerze	Baby	Affe	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Apfel	Papier	Affe	Cent	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Teppich	Zucker	Parfüm	Decke	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Sattel	Brot	Sonne	Limone	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Blase	Wagen	Eisen	Insekt	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

LANGZEIT-ERINNERUNGSVERMÖGEN (0= falsch, 1 = richtig)

WERT: /5

„Erinnern Sie sich an die Wörter von vorhin? Sagen Sie mir so viele Wörter wie möglich in beliebiger Reihenfolge. Markieren Sie jedes richtig genannte Wort.“

Variante A	Variante B	Variante C	Variante D	Test 1	Test 2	Test 3
Ellenbogen	Kerze	Baby	Affe	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Apfel	Papier	Affe	Cent	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Teppich	Zucker	Perfüm	Decke	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Sattel	Brot	Sonne	Limone	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
Blase	Wagen	Eisen	Insekt	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>

VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

KONZENTRATION (0= falsch, 1 = richtig)

WERT: /5

Ziffern rückwärts:

„I am going to read you a string of numbers and when I am done, you repeat them back to me backwards, in reverse order of how I read them to you. For example, if I say 7-1-9, you would say 9-1-7.“

If correct, go to next string length. If incorrect, read trial 2. One point possible for each string length. Stop after incorrect on both trials. The digits should be read at the rate of one per second.

„Ich lese Ihnen eine Reihe von Zahlen vor und wenn ich fertig bin, wiederholen Sie diese in umgekehrter Reihenfolge. Zum Beispiel, wenn ich 7-1-9 sage, würden Sie 9-1-7 sagen.“

Bei richtigem Ergebnis, wird die nächstlängere Zahlenreihe getestet. Bei falschem Ergebnis erfolgt ein 2. Versuch mit Variante B. Für jede richtige Zahlenfolge wird 1 Punkt gegeben. Wenn 2 gleiche Ziffernfolgen falsch waren, endet der Test. Die Ziffern sollen mit einer Sekunde Abstand vorgelesen werden.

Variante A	Variante B	Variante C	Variante D
4-9-3	6-2-9	5-2-6	4-1-5
3-8-1-4	3-2-7-9	1-7-9-5	4-9-6-8
6-2-9-7-1	1-5-2-8-6	3-8-5-2-7	6-1-8-4-3
7-1-8-4-6-2	5-3-9-1-4-8	8-3-1-9-6-4	7-2-4-8-5-6

Test

0 1

0 1

0 1

0 1

Monate in umgekehrter Reihenfolge:

„Nun sagen Sie mir die Monate des Jahres in umgekehrter Reihenfolge auf. Beginnen Sie mit dem letzten Monat, beginnend mit Dezember.“ (1 Punkt für eine korrekte Sequenz)

Dez-Nov-Okt-Sept-Aug-Jul-Jun-Mai-Apr-Mär-Feb-Jan

0 1

KOORDINATION

WERT: /1

Note for testers: Athletes fail the test if they do not touch their nose, do not fully extend their elbow or do not perform five repetitions. Failure should be scored as 0.

Finger-Nase-Test (FNT): „Ich werde jetzt Ihre Koordination testen. Setzen Sie sich bitte bequem auf den Stuhl mit offenen Augen und ausgestrecktem Arm (rechts oder links, Schulter um 90° gebeugt, Ellenbogen und Finger gestreckt). Wenn ich ein Startsignal gebe, sollen Sie fünfmal nacheinander den Zeigefinger so schnell und so genau wie möglich auf der Nasenspitze aufsetzen.“

Wertung: 5 richtige Wiederholungen in <4 Sekunden = 1

Hinweis für Tester: Sportler bestehen die Prüfung nicht, wenn sie ihre Nase nicht berühren, den Ellenbogen nicht voll strecken oder keine fünf Wiederholungen schaffen. Fehler werden als 0 gewertet.

Welcher Arm wurde getestet? l r

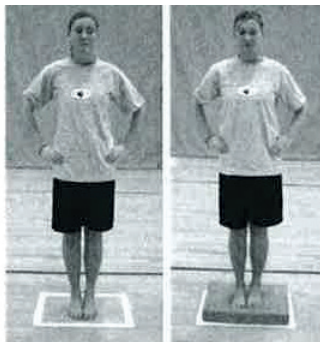
VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

BALANCE ERROR SCORING SYSTEM (BESS)

WERT: /30

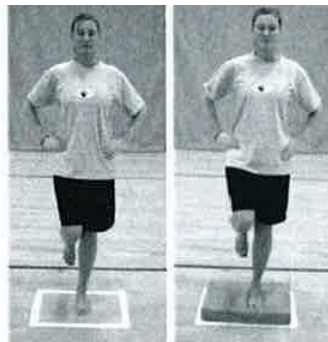
a) Zwei-Bein-Stand

„Zuerst stehen Sie mit beiden Füßen nebeneinander und den Händen an den Hüften und mit geschlossenen Augen. Sie sollen versuchen, diese Position für 20 Sekunden zu halten. Ich werde zählen, wie oft Sie sich aus dieser Position heraus bewegen. Ich werde die Zeitmessung starten, wenn Sie die Position eingenommen und die Augen geschlossen haben.“



b) Ein-Bein-Stand

„Welches Bein würden Sie zum Schießen beim Fußball nehmen? (Das ist dann der dominante Fuß) Stehen Sie jetzt auf dem nicht-dominanten Fuß. Das dominante Bein soll in 30° Hüftbeugung und 45° Knieflexion gehalten werden. Auch hier sollen Sie versuchen, die Stabilität für 20 Sekunden zu halten, mit den Händen auf den Hüften und geschlossenen Augen. Ich werde zählen, wie oft Sie sich aus dieser Position heraus bewegen. Falls Sie stolpern, öffnen Sie Ihre Augen, kehren Sie zur Startposition zurück und halten Sie weiter das Gleichgewicht. Ich starte die Zeitmessung, wenn Sie die Position eingenommen und die Augen geschlossen haben.“



c) Tandem-Stand

„Stellen Sie ihr nicht-dominantes Bein hinter das andere Bein, so dass sich Ferse und Zehen berühren. Ihr Gewicht sollte gleichmäßig auf beide Füße verteilt sein. Auch hier sollen Sie versuchen, die Stabilität und die Position mit den Händen auf den Hüften und geschlossenen Augen für 20 Sekunden zu halten. Ich zähle, wie oft Sie sich aus dieser Position heraus bewegen. Falls Sie stolpern, öffnen Sie Ihre Augen, kehren Sie zur Startposition zurück und halten Sie weiter das Gleichgewicht. Ich starte die Zeitmessung, wenn Sie die Position eingenommen und die Augen geschlossen haben.“



Fehler-Typen

- | | | |
|----------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 1. Hand abheben vom Becken | 2. Augen öffnen | 3. Ausfallschritt, stolpern/fallen |
| 4. Hüftabduktion >30° | 5. Heben von Vorfuß oder Ferse | 6. Verlassen der Position >5 Sek. |

Für jede 20-Sekunden-Testung wird die Anzahl der Fehler nach Beginn der Testung und Einnahme der richtigen Position gezählt. Der modifizierte BESS errechnet sich durch Summation der Fehler pro Test-Situation. Die maximale Gesamtzahl der Fehler für jede einzelne Testung beträgt 10. Wenn mehrere Fehler gleichzeitig gesehen werden, wird nur ein Fehler gewertet. Bei Spielern, die nicht in der Lage sind, die Position für mindestens 5 Sekunden zu halten, wird die maximale Punktzahl (10) für diesen Test zugeordnet.

Welches Bein wurde getestet (Test des nicht-dominanten Beines)? l r

Fehler-Gesamtzahl

Zwei-Bein-Stand _____ /10 Ein-Bein-Stand _____ /10 Tandem-Stand _____ /10

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

Ruhe-EKG: (12 Ableitungen) _____

Belastungs-EKG: (mind. 3 Ableitungen) _____

Watt	min.	HF/min.	RR (mmHg)
50	3		
100	3		
150	3		
200	3		
250	3		
300	3		
350	3		
400	3		
Erholung	1.		
Erholung	2.		
Erholung	3.		

max. Leistung: _____ Watt

max. Leistung: _____ Watt/kg

max. HF: _____ /min

Beurteilung: _____

VERBLEIB
 Untersuchender Sportarzt

FARBDOPPLERECHEKARDIOGRAPHIE

Linker Ventrikel: (EDD) _____ mm **Linker Vorhof:** _____ mm
Septumdicke: (enddiast.) _____ mm **Hinterwanddicke:** _____ mm
Syst. linksventr. Funktion: _____ **Syst. linksventr. Funktion:** _____
Herzklappen: _____ **Herzvolumen:** _____ ml/kg
Sonstige Auffälligkeiten: _____
Beurteilung: _____

LUNGENFUNKTIONSPRÜFUNG

Vitalkapazität: _____ ml
Sekundenkapazität: _____ ml **rel. Sekundenkapazität:** _____ %
Beurteilung: _____

LABOR (NÜCHTERN)

BKS: _____ mm/h	Triglyzeride: _____ mg/dl
Hkt: _____ %	Glukose: _____ mg/dl
Hb: _____ g/dl	Harnsäure: _____ mg/dl
Ery: _____ Mio./ μ	Kreatinin: _____ mg/dl
Leuko: _____ / μ	GPT: _____ U/l
Urinstatus: _____	Gamma-GT: _____ U/l
Gesamtcholesterin: _____ mg/dl	Kreatininkinase (CK): _____ U/l
HDL: _____ mg/dl	Kalium: _____ mmol/l
Blutgruppe (falls erforderlich): _____	Magnesium: _____ mmol/l
Ferritin: _____ μ g/l	Eisen: _____ μ g/dl
Weitere Laborwerte: _____	Quick: _____ s
	PTT: _____ s

