



## HINWEIS:

Dieses interaktive PDF ist für Verwendung mit der kostenlosen Desktop-Software Acrobat Reader erstellt worden. Bei der Nutzung von anderen PDF-Betrachtungsprogrammen oder PDF-Browser-Plugins sind eventuell nicht alle Funktionen verfügbar und es kann zu falschen Ergebnissen kommen. Das gleiche gilt für die Verwendung der Acrobat Reader App für mobile Endgeräte.

# Sportmedizinischer Untersuchungsbogen Handball

Stand: 11/2023



# Sportmedizinischer Untersuchungsbogen Handball

Stand: 11/2023

# Sportmedizinischer Untersuchungsbogen Handball

Dieser sportmedizinische Untersuchungsbogen gilt für

- Spielerinnen und Spieler der 1. und 2. Handball-Bundesliga (Stufe 1),
- Spieler der 3. Handball-Bundesliga Männer (Stufe 2),
- Spielerinnen und Spieler der Jugend-Bundesliga (Stufe 3).

Für alle Spielerinnen und Spieler sind alle grundlegenden Untersuchungen durchzuführen.

In den Stufen 1 und 2 sind zusätzlich ein Belastungs-EKG (Seite 20) und ein Labor (Seite 21) erforderlich.

**In allen Stufen 1 und 2 ist entweder die VBG-Präventivdiagnostik oder Functional Movement Screen durchzuführen (siehe Bescheinigungen).**

In der Stufe 1 ist darüber hinaus eine Farbdoppler-Echokardiographie (Seite 21) sowie ein erweitertes Labor (Seite 21) notwendig.

| Kategorie   | Stufe 1<br>(HBL und 2. HBL sowie HBF) | Stufe 2<br>(3. Liga Männer)                  | Stufe 3<br>(JBLH)                            |
|---|---------------------------------------|--|--|
| Grundlegende Untersuchungen<br>(Seiten 8 bis 22)  | X                                     | X  | X  |
| VBG-Präventivdiagnostik <b>oder</b><br>Functional Movement Screen<br>(Bescheinigung auf den Seiten 4 bis 7) | X                                     | X  | nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe |
| Belastungs-EKG (Seite 20)   | X                                     | X  | nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe |
| Farbdoppler-EKG (Seite 21)  | X                                     | nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe | nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe |
| Labor (Seite 21)  | X                                     | X  | nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe |
| Erweitertes Labor (Seite 21)  | X                                     | nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe | nicht obligat, optional je nach Club-Vorgabe |

## Hinweis:

Die Durchführung der VBG-Präventivdiagnostik kann von der VBG prämiert werden, siehe [www.vbg.de/praemienverfahrensport](http://www.vbg.de/praemienverfahrensport).



# Bescheinigung

## über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name Spieler/Spielerin:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Der Spieler/die Spielerin \_\_\_\_\_

wurde medizinisch untersucht nach Stufe: 1 2 3

### ERSTUNTERSUCHUNG

### NACHUNTERSUCHUNG

**Internistisch-allgemeinmedizinisch**

am: \_\_\_\_\_

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): \_\_\_\_\_

**Orthopädisch-chirurgisch**

am: \_\_\_\_\_

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): \_\_\_\_\_

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Für Spielerinnen und Spieler der Jugend-Bundesliga **nicht obligat.**

### Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufshandballspieler/-spielerin oder in der Jugendbundesliga

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufshandballspieler/-spielerin oder in der Jugendbundesliga

**NACHUNTERSUCHUNG** (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift Spieler/Spielerin                      Unterschrift Club                      Unterschrift Ärztin/Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



# Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder  
des untersuchenden Sportarztes:

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

Name Spieler/Spielerin:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum:

\_\_\_\_\_

Der Spieler/die Spielerin \_\_\_\_\_

wurde medizinisch untersucht nach Stufe: 1 2 3

## ERSTUNTERSUCHUNG

## NACHUNTERSUCHUNG

**Internistisch-allgemeinmedizinisch**

am: \_\_\_\_\_

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): \_\_\_\_\_

**Orthopädisch-chirurgisch**

am: \_\_\_\_\_

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): \_\_\_\_\_

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Für Spielerinnen und Spieler der  
Jugend-Bundesliga **nicht obligat.**

## Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufshandballspieler/-spielerin oder in der Jugendbundesliga

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufshandballspieler/-spielerin  
oder in der Jugendbundesliga

**NACHUNTERSUCHUNG** (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Spieler/Spielerin

Unterschrift Club

Unterschrift Ärztin/Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



# Bescheinigung

## über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder  
des untersuchenden Sportarztes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Name Spieler/Spielerin:

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Der Spieler/die Spielerin \_\_\_\_\_

wurde medizinisch untersucht nach Stufe:    1    2    3

### ERSTUNTERSUCHUNG

### NACHUNTERSUCHUNG

**Internistisch-allgemeinmedizinisch**

am: \_\_\_\_\_

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): \_\_\_\_\_

**Orthopädisch-chirurgisch**

am: \_\_\_\_\_

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): \_\_\_\_\_

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Für Spielerinnen und Spieler der  
Jugend-Bundesliga **nicht obligat.**

### Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufshandballspieler/-spielerin oder in der Jugendbundesliga

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufshandballspieler/-spielerin  
oder in der Jugendbundesliga

**NACHUNTERSUCHUNG** (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift Spieler/Spielerin

Unterschrift Club

Unterschrift Ärztin/Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



# Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder  
des untersuchenden Sportarztes:

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

Name Spieler/Spielerin:

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Der Spieler/die Spielerin \_\_\_\_\_

wurde medizinisch untersucht nach Stufe: 1 2 3

## ERSTUNTERSUCHUNG

## NACHUNTERSUCHUNG

**Internistisch-allgemeinmedizinisch**

am: \_\_\_\_\_

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): \_\_\_\_\_

**Orthopädisch-chirurgisch**

am: \_\_\_\_\_

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): \_\_\_\_\_

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Für Spielerinnen und Spieler der  
Jugend-Bundesliga **nicht obligat.**

## Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufshandballspieler/-spielerin oder in der Jugendbundesliga

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufshandballspieler/-spielerin  
oder in der Jugendbundesliga

**NACHUNTERSUCHUNG** (Monat/Jahr): \_\_\_\_\_

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

Unterschrift Spieler/Spielerin

Unterschrift Club

Unterschrift Ärztin/Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



# Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

## Orthopädisch-chirurgischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes:

---

---

---

Name Spieler/Spielerin:

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Der Spieler/die Spielerin \_\_\_\_\_

wurde medizinisch untersucht nach Stufe: 1 2 3

### ERSTUNTERSUCHUNG

### NACHUNTERSUCHUNG

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

#### Daten Spieler/Spielerin:

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

Nationalität: \_\_\_\_\_

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

Größe: \_\_\_\_\_

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

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

Händigkeit: \_\_\_\_\_





# Orthopädisch-chirurgische Anamnese

## Orthopädisch-chirurgischer Teil

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Krankenhausaufenthalte** (vollständig/zeitlich geordnet):

**Operationen** (vollständig/zeitlich geordnet):

**Unfälle** (vollständig/zeitlich geordnet):

**Bemerkungen:**



# Rumpf Untersuchungsergebnis

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen

| Körperregion                                    | Handlungsbedarf |        |         |
|---|-----------------|--------|---------|
|   | o.B.            | diagn. | therap. |
| <b>Wirbelsäule</b>                              |                 |        |         |
| Klopfschmerz                                    |                 |        |         |
| Druckschmerz                                    |                 |        |         |
| Kyphose/Skoliose                                |                 |        |         |
| Abstand Fingerkuppen – Fußboden _____ cm        |                 |        |         |
| Schober-Zeichen L1–L5 (15–10–8 cm) _____ cm     |                 |        |         |
| OTT-Zeichen (15–10–8 cm   32–30–27 cm) _____ cm |                 |        |         |
| Sonstiges                                       |                 |        |         |
| <b>Rückenmuskulatur</b>                         |                 |        |         |
| <b>Bauchwand (Leistenhernie)</b>                |                 |        |         |
| <b>Rumpfmuskulatur</b>                          |                 |        |         |
| <b>Beinlängendifferenz</b> _____ cm             |                 |        |         |
| <b>Iliosakralgelenk</b>                         |                 |        |         |
| <b>Hypermobile Gelenke</b> J N                  |                 |        |         |
| <b>HWS (Kopf)</b>                               |                 |        |         |
| Vor-/Rück-Neigung (40–0–60)                     |                 |        |         |
| Rechts-/Links-Neigung (40–0–40)                 |                 |        |         |
| Rechts-/Links-Drehung (80–0–80)                 |                 |        |         |
| <b>LWS (Rumpf)</b>                              |                 |        |         |
| Rechts-/Links-Neigung (40–0–40)                 |                 |        |         |
| Rechts-/Links-Drehung (50–0–50)                 |                 |        |         |



# Bewegungsmaße nach Neutral-Null-Methode

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen

| Körperregion                           | Handlungsbedarf links |        |         | Handlungsbedarf rechts |        |         |
|--|-----------------------|--------|---------|------------------------|--------|---------|
|  | o.B.                  | diagn. | therap. | o.B.                   | diagn. | therap. |
| <b>Hüftgelenk</b>                      |                       |        |         |                        |        |         |
| Strecken/Beugen (10–0–130)             |                       |        |         |                        |        |         |
| Abspreizen/Anspreizen (40–0–30)        |                       |        |         |                        |        |         |
| Auswärts-/Einwärtsdrehen 90° (40–0–35) |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Kniegelenk</b>                      |                       |        |         |                        |        |         |
| Strecken/Beugen (0–0–140)              |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Sprunggelenk</b>                    |                       |        |         |                        |        |         |
| Strecken/Beugen (20–0–40)              |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Schulter</b>                        |                       |        |         |                        |        |         |
| Abspreizen/Anspreizen (180–0–40)       |                       |        |         |                        |        |         |
| Rück-/Vorheben (40–0–170)              |                       |        |         |                        |        |         |
| Auswärts-/Einwärtsdrehen 90° (50–0–90) |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Ellenbogen</b>                      |                       |        |         |                        |        |         |
| Strecken/Beugen (10–0–135)             |                       |        |         |                        |        |         |
| Auswärts-/Einwärtsdrehen (80–0–80)     |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Handgelenk</b>                      |                       |        |         |                        |        |         |
| Heben/Senken (60–0–60)                 |                       |        |         |                        |        |         |
| ellenwärts/speichenwärts (20–0–30)     |                       |        |         |                        |        |         |



# Untere Extremitäten Untersuchungsergebnis

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen

| Körperregion                 | Handlungsbedarf links |        |         | Handlungsbedarf rechts |        |         |
|------------------------------|-----------------------|--------|---------|------------------------|--------|---------|
|                              | o.B.                  | diagn. | therap. | o.B.                   | diagn. | therap. |
| <b>Beinachse</b> funktionell |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Beinachse</b> O-/X-Bein   |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Hüftgelenk</b>            |                       |        |         |                        |        |         |
| Impingementzeichen           |                       |        |         |                        |        |         |
| Trochanter Problematik       |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Kniegelenk</b>            |                       |        |         |                        |        |         |
| Schwellung/Erguss            |                       |        |         |                        |        |         |
| Patella/Patellasehne         |                       |        |         |                        |        |         |
| Innenband/Außenband          |                       |        |         |                        |        |         |
| vorderes/hinteres Kreuzband  |                       |        |         |                        |        |         |
| Meniskus (innen/außen)       |                       |        |         |                        |        |         |
| Gelenkgeräusch               |                       |        |         |                        |        |         |
| Sonstiges                    |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Sprunggelenk</b>          |                       |        |         |                        |        |         |
| Bandinstabilität             |                       |        |         |                        |        |         |
| Gelenkgeräusch               |                       |        |         |                        |        |         |
| Fußdeformitäten              |                       |        |         |                        |        |         |
| Zehendeformitäten            |                       |        |         |                        |        |         |
| Muskulatur Beine             |                       |        |         |                        |        |         |
| Sehnen (Achillessehne)       |                       |        |         |                        |        |         |
| Hauterkrankungen Nägel/Pilze |                       |        |         |                        |        |         |
| Sonstiges                    |                       |        |         |                        |        |         |

**Auffällige Befunde:**



# Obere Extremitäten Untersuchungsergebnis

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

Zutreffendes bitte ankreuzen

| Körperregion                | Handlungsbedarf links |        |         | Handlungsbedarf rechts |        |         |
|-----------------------------|-----------------------|--------|---------|------------------------|--------|---------|
|                             | o.B.                  | diagn. | therap. | o.B.                   | diagn. | therap. |
| <b>Schultergelenk</b>       |                       |        |         |                        |        |         |
| Schmerzangabe Hauptgelenk   |                       |        |         |                        |        |         |
| Acromioclaviculargelenk     |                       |        |         |                        |        |         |
| Sternoclaviculargelenk      |                       |        |         |                        |        |         |
| Gelenkgeräusch/Gelenkreiben |                       |        |         |                        |        |         |
| Impingement                 |                       |        |         |                        |        |         |
| Instabilität                |                       |        |         |                        |        |         |
| Sonstiges                   |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Ellenbogengelenk</b>     |                       |        |         |                        |        |         |
| Schmerzangabe Hauptgelenk   |                       |        |         |                        |        |         |
| Gelenkgeräusch/Gelenkreiben |                       |        |         |                        |        |         |
| Instabilität                |                       |        |         |                        |        |         |
| Sonstiges                   |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Handgelenk</b>           |                       |        |         |                        |        |         |
| Schmerzangabe               |                       |        |         |                        |        |         |
| Instabilität                |                       |        |         |                        |        |         |
| Schwellung                  |                       |        |         |                        |        |         |
| Überwärmung                 |                       |        |         |                        |        |         |
| Instabilität                |                       |        |         |                        |        |         |
| <b>Finger</b>               |                       |        |         |                        |        |         |
| Gelenkverletzungen          |                       |        |         |                        |        |         |
| Bandinstabilität            |                       |        |         |                        |        |         |
| Faustschluss                |                       |        |         |                        |        |         |
| Streckung/Beugung           |                       |        |         |                        |        |         |
| Deformitäten                |                       |        |         |                        |        |         |
| Schwellung                  |                       |        |         |                        |        |         |
| Sonstiges                   |                       |        |         |                        |        |         |



# Hinweise und Maßnahmen

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Hinweise für Athleten/-innen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:**

**Präventive oder therapeutische Maßnahmen:**



# Hinweise und Maßnahmen

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Hinweise für Athleten/-innen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:**

**Präventive oder therapeutische Maßnahmen:**



# Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

## Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes:

---

---

---

Name Spieler/Spielerin:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

---

Der Spieler/die Spielerin \_\_\_\_\_

wurde medizinisch untersucht nach Stufe: 1 2 3

### ERSTUNTERSUCHUNG

### NACHUNTERSUCHUNG

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

#### Daten Spieler/Spielerin:

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

Nationalität: \_\_\_\_\_

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





# Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

## Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Sportanamnese** (zum Beispiel Anzahl der Trainingsjahre, Trainingsstunden pro Woche, Spielposition):

**Krankheitsanamnese** (zum Beispiel Kinderkrankheiten, frühere Krankheiten der inneren Organe und Sinnesorgane, besondere Infektionskrankheiten, Allergien, sonstige Erkrankungen, Schwindelattacken, Synkopen, pektanginöse Beschwerden, grippaler Infekt mit Herzstolpern, Herzrasen):

**Familienanamnese** (zum Beispiel plötzlicher Herztod):

**Impfstatus** (zum Beispiel Tetanus, Polio, Diphtherie, Hepatitis A und B):

**Medikamente:**

**Frühere Untersuchungen:**

letzte augenärztliche Kontrolle: \_\_\_\_\_

letzte zahnärztliche Untersuchung: \_\_\_\_\_

letzte HNO-Untersuchung: \_\_\_\_\_

wichtige frühere Untersuchungen: \_\_\_\_\_

letzte gynäkologische Untersuchung: \_\_\_\_\_

# Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

## Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil



Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden** (zum Beispiel Schmerzen, Luftnot, Pulsunregelmäßigkeiten, Schwindel, Husten, Auswurf, Gewichtsveränderungen, Appetitstörungen, Schlafstörungen, Auffälligkeiten beim Wasserlassen und Stuhlgang):



# Allgemeinbefund/Auffälligkeiten

## Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Körpergröße (cm):** \_\_\_\_\_

**Körpergewicht (kg):** \_\_\_\_\_

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

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

**Nasen-/Rachenraum:** \_\_\_\_\_

**Zähne** (Zahnfleischbluten, fehlende Zähne, Schmerzen): \_\_\_\_\_

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

**Thorax** (Inspektion): \_\_\_\_\_

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

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

**Abdominalorgane** (einschließlich Nierenlager): \_\_\_\_\_

**Gefäßsystem** (Arterienpuls, Gefäßgeräusche, Venensystem): \_\_\_\_\_

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

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

**Bemerkungen:**



# Herz-Kreislauf-Funktionsprüfung

## Präventiv-diagnostisch

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Herzfrequenz in Ruhe:** \_\_\_\_\_ /min

**Blutdruck in Ruhe (links):** \_\_\_\_\_ mmHg

**Blutdruck in Ruhe (rechts):** \_\_\_\_\_ mmHg

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

Zusätzlich für Spieler der 3. Handball-Bundesliga und Spielerinnen und Spieler der 1. und 2. Handball-Bundesliga

**Belastungs-EKG (mindestens 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 | 5.   |         |           |

**max. Leistung:** \_\_\_\_\_ Watt

**max. Leistung:** \_\_\_\_\_ Watt/kg

**max. HF:** \_\_\_\_\_ /min

**Beurteilung:**



# Farbdoppler-Echokardiographie

Für Spielerinnen und Spieler der 1. und 2. Handball-Bundesliga

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

linker Ventrikel (EDD): \_\_\_\_\_ mm    linker Vorhof: \_\_\_\_\_ mm

Septumdicke (enddiast.): \_\_\_\_\_ mm    Ejektionsfraktion: \_\_\_\_\_ %

Herzklappen: \_\_\_\_\_

sonstige Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

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

## Labor Nüchtern

Für Spieler der 3. Handball-Bundesliga und Spielerinnen und Spieler der 1. und 2. Handball-Bundesliga

BKS: \_\_\_\_\_ mm/h    Hkt: \_\_\_\_\_ %

Hb: \_\_\_\_\_ g/dl    Ery: \_\_\_\_\_ Mio/ $\mu$ l

Leuko: \_\_\_\_\_ / $\mu$ l    Urinstatus: \_\_\_\_\_

Gesamtcholesterin: \_\_\_\_\_ mg/dl    Glukose: \_\_\_\_\_ mg/dl

GPT: \_\_\_\_\_ U/l    Kreatininklasse (CK): \_\_\_\_\_ U/l

Zusätzlich für Spielerinnen und Spieler der 1. und 2. Handball-Bundesliga

LDL: \_\_\_\_\_ mg/dl    HDL: \_\_\_\_\_ mg/dl

Triglyzeride: \_\_\_\_\_ mg/dl    Harnsäure-Kreatinin: \_\_\_\_\_ mg/dl

Gamma-GT: \_\_\_\_\_ U/l    Kalium: \_\_\_\_\_ U/l

Weitere Laborwerte:



# Beurteilungen und Empfehlungen

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Beurteilungen/Empfehlungen:**



# Beurteilungen und Empfehlungen

Name Spieler/Spielerin: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

**Beurteilungen/Empfehlungen:**

**Herausgeber:**



**VBG**

**Ihre gesetzliche  
Unfallversicherung**

[www.vbg.de](http://www.vbg.de)

Massaquoipassage 1  
22305 Hamburg  
Postanschrift: 22281 Hamburg

Artikelnummer: 24-05-6146-3

Realisation:  
Jedermann-Verlag GmbH  
[www.jedermann.de](http://www.jedermann.de)

Fotos:  
© SCIEPRO, gettyimages

Version 2.3  
Stand November 2023

Der Bezug dieser Informationsschrift ist für Mitglieds-  
unternehmen der VBG im Mitgliedsbeitrag enthalten.



# Wir sind für Sie da!

[www.vbg.de](http://www.vbg.de)

**Kundendialog der VBG:** 040 5146-2940

**Notfall-Hotline für Beschäftigte im Auslandseinsatz:**

+49 40 5146-7171

**Sichere Nachrichtenverbindung:**

[www.vbg.de/kontakt](http://www.vbg.de/kontakt)



**Für Sie vor Ort –**

**die VBG-Bezirksverwaltungen:**

## **Bergisch Gladbach**

Kölner Straße 20

51429 Bergisch Gladbach

Tel.: 02204 407-0 · Fax: 02204 1639

E-Mail: [BV.BergischGladbach@vbg.de](mailto:BV.BergischGladbach@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 02204 407-165

## **Berlin**

Markgrafenstraße 18 · 10969 Berlin

Tel.: 030 77003-0 · Fax: 030 7741319

E-Mail: [BV.Berlin@vbg.de](mailto:BV.Berlin@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 030 77003-128

## **Bielefeld**

Nikolaus-Dürkopp-Straße 8

33602 Bielefeld

Tel.: 0521 5801-0 · Fax: 0521 61284

E-Mail: [BV.Bielefeld@vbg.de](mailto:BV.Bielefeld@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 0521 5801-165

## **Dresden**

Wiener Platz 6 · 01069 Dresden

Tel.: 0351 8145-0 · Fax: 0351 8145-109

E-Mail: [BV.Dresden@vbg.de](mailto:BV.Dresden@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 0351 8145-167

## **Duisburg**

Wintgensstraße 27 · 47058 Duisburg

Tel.: 0203 3487-0 · Fax: 0203 2809005

E-Mail: [BV.Duisburg@vbg.de](mailto:BV.Duisburg@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 0203 3487-106

## **Erfurt**

Koenbergstraße 1 · 99084 Erfurt

Tel.: 0361 2236-0 · Fax: 0361 2253466

E-Mail: [BV.Erfurt@vbg.de](mailto:BV.Erfurt@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 0361 2236-439

## **Hamburg**

Sachsenstraße 18 · 20097 Hamburg

Tel.: 040 23656-0 · Fax: 040 2369439

E-Mail: [BV.Hamburg@vbg.de](mailto:BV.Hamburg@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 040 23656-165

## **Ludwigsburg**

Martin-Luther-Straße 79

71636 Ludwigsburg

Tel.: 07141 919-0 · Fax: 07141 902319

E-Mail: [BV.Ludwigsburg@vbg.de](mailto:BV.Ludwigsburg@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 07141 919-354

## **Mainz**

Isaac-Fulda-Allee 22 · 55124 Mainz

Tel.: 06131 389-0 · Fax: 06131 389-410

E-Mail: [BV.Mainz@vbg.de](mailto:BV.Mainz@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 06131 389-180

## **München**

Barthstraße 20 · 80339 München

Tel.: 089 50095-0 · Fax: 089 50095-111

E-Mail: [BV.Muenchen@vbg.de](mailto:BV.Muenchen@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 089 50095-165

## **Würzburg**

Riemenschneiderstraße 2

97072 Würzburg

Tel.: 0931 7943-0 · Fax: 0931 7842-200

E-Mail: [BV.Wuerzburg@vbg.de](mailto:BV.Wuerzburg@vbg.de)

Seminarbuchung unter

Tel.: 0931 7943-412



**VBG-Akademien für Arbeitssicherheit  
und Gesundheitsschutz:**

## **Akademie Dresden**

Königsbrücker Landstraße 2

01109 Dresden

Tel.: 0351 88923-0 · Fax: 0351 88349-34

E-Mail: [Akademie.Dresden@vbg.de](mailto:Akademie.Dresden@vbg.de)

Hotel-Tel.: 030 13001-29500

## **Akademie Gevelinghausen**

Schlossstraße 1 · 59939 Olsberg

Tel.: 02904 9716-0 · Fax: 02904 9716-30

E-Mail: [Akademie.Olsberg@vbg.de](mailto:Akademie.Olsberg@vbg.de)

Hotel-Tel.: 02904 803-0

## **Akademie Lautrach**

Schlossstraße 1 · 87763 Lautrach

Tel.: 08394 92613 · Fax: 08394 1689

E-Mail: [Akademie.Lautrach@vbg.de](mailto:Akademie.Lautrach@vbg.de)

Hotel-Tel.: 08394 910-0

## **Akademie Ludwigsburg**

Martin-Luther-Straße 79

71636 Ludwigsburg

Tel.: 07141 919-181 · Fax: 07141 919-182

E-Mail: [Akademie.Ludwigsburg@vbg.de](mailto:Akademie.Ludwigsburg@vbg.de)

## **Akademie Mainz**

Isaac-Fulda-Allee 22 · 55124 Mainz

Tel.: 06131 389-380 · Fax: 06131 389-389

E-Mail: [Akademie.Mainz@vbg.de](mailto:Akademie.Mainz@vbg.de)

## **Akademie Storkau**

Im Park 1 · 39590 Tangermünde

Tel.: 039321 531-0 · Fax: 039321 531-23

E-Mail: [Akademie.Storkau@vbg.de](mailto:Akademie.Storkau@vbg.de)

Hotel-Tel.: 039321 521-0

## **Akademie Untermerzbach**

ca. 32 km nördlich von Bamberg

Schlossweg 2 · 96190 Untermerzbach

Tel.: 09533 7194-0 · Fax: 09533 7194-499

E-Mail: [Akademie.Untermerzbach@vbg.de](mailto:Akademie.Untermerzbach@vbg.de)

Hotel-Tel.: 09533 7194-100



**Seminarbuchungen:**

**online:** [www.vbg.de/seminare](http://www.vbg.de/seminare)

**telefonisch in Ihrer VBG-Bezirksverwaltung**

**Bei Beitragsfragen:**

**Telefon: 040 5146-2940**

[www.vbg.de/kontakt](http://www.vbg.de/kontakt)

## **VBG – Ihre gesetzliche Unfallversicherung**

Massaquoiassage 1 · 22305 Hamburg

Tel.: 040 5146-0 · Fax: 040 5146-2146