

**Ärztlicher Untersuchungsbogen**  
Dieser Untersuchungsbogen verbleibt beim untersuchenden Arzt.

**Untersuchungsdatum:**

**Angaben zur Person**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Anschrift, Telefon): \_\_\_\_\_

Sportart: \_\_\_\_\_ Trainingshäufigkeit / Woche: \_\_\_\_\_

**aktuelle Beschwerden**

Rücken: \_\_\_\_\_ Knie: \_\_\_\_\_

Schulter: \_\_\_\_\_ Sprunggelenk: \_\_\_\_\_

Ellenbogen: \_\_\_\_\_ Füße: \_\_\_\_\_

Handgelenk: \_\_\_\_\_ Achillessehne: \_\_\_\_\_

Becken/Hüfte: \_\_\_\_\_ Sonstige: \_\_\_\_\_

**aktuelle Daten und Befunde**

Schlaf: \_\_\_\_\_ Ernährungsart: gemischt   
Stuhlgang: \_\_\_\_\_ vegetarisch   
Wasserlassen: \_\_\_\_\_ sonstige \_\_\_\_\_

Medikamenteneinnahme: \_\_\_\_\_

Körperhöhe: \_\_\_\_\_ Körpermasse: \_\_\_\_\_

Klin. Reifestatus: stark retardiert  normal   
retardiert  akzeleriert

Zeitpunkt Menarche: \_\_\_\_\_

**allgemeine klinische Besonderheiten**

	o.B.	auffällig		o.B.	auffällig
NR.-Raum:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nerv. System	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinnesorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten beschreiben: \_\_\_\_\_

<b>EKG</b>				
Ruhe-Herzfrequenz:	/min	Blutdruck:	/mm Hg	
Besonderheiten:				
<b>Laborbefunde</b>				
Urin:	Blutbild:	BSR:		

<b>Zustand und Funktion des Stütz- und Bewegungssystems</b>			
Beckenstand:		Schulterstand:	
WS frontal:		Haltung seitlich:	
Beweglichkeit der Wirbelsäule:			
Armachsen:		Beinachsen:	
Fußhaltung:			
<b>Gelenkstatus</b>			
Schulter:		Hüftgelenke:	
Ellenbogen:		Kniegelenk:	
Handgelenk/ Hände:		Sprunggelenk:	
Armachse:		Beinachse:	
Besonderheiten von weiteren Gelenken (bes. bei Beschwerden):			
<b>Muskelstatus:</b>			
<b>Bindegewebsstatus</b>			
normal mobil	<input type="checkbox"/>	hypomobil	<input type="checkbox"/>
hypermobil	<input type="checkbox"/>	stark hypermobil	<input type="checkbox"/>

Impfstatus:
-------------

Auf Grund der Befunde sind aus ärztlicher Indikation weitere Untersuchungen zu empfehlen:
---

<b>Sporttauglichkeit:</b>					
Ja	<input type="checkbox"/>	bedingt	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
_____		_____		_____	
Ort, Datum		Unterschrift des Arztes			