Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung, zur Speicherung der erhobenen Daten beim Deutschen Olympischen Sportbund und zur Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken. Bei der Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken sind meine Daten so zu verändern, dass kein Bezug zwischen ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die ärztlichen Mitarbeiter/innen der Untersuchungszentren, für die/den von mir im Untersuchungsbogen genannten Heim- und Bundestrainer/in und für die Mitarbeiter/innen mit dem Aufgabengebiet Sportmedizin des Ressorts L1 im Geschäftsbereich Leistungssport des Deutschen Olympischen Sportbundes. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten durch diesen Benutzerkreis bedarf meiner schriftlichen Einwilligung.

Ich entbinde die untersuchenden Ärzte/innenim Falle begründeter Verdachtsmomente zu möglichen Dopingvergehen von der Schweigepflicht gegenüber dem/derLeiter/in des Untersuchungszentrums und dem/der Anti-Doping-Beauftragten des zuständigen Fachverbandes.

_____	_____
Name, Vorname des Athleten	Geburtsdatum
_____	_____
Datum, Ort	Unterschrift

SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

GESUNDHEITSBEURTEILUNG

Untersuchender Arzt _____ Ort der Untersuchung _____

Einverständniserklärung
Unterschrift des Athleten _____ Untersuchungsdatum _____

A PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ Heimtrainer _____

PLZ, Ort _____ Bundestrainer _____

Hauptsportart _____ Verbandsarzt _____

Hauptdisziplin _____

B TRAININGSINHALT (DER LETZTEN TRAININGSEINHEIT)

_____ Anzahl der Trainingsjahre in Hauptsportart _____

_____ Trainingseinheiten pro Woche _____

_____ Trainingsstunden pro Woche _____

C ALLGEMEINBEFUND (AUFFÄLLIGKEITEN)

Gynäkologische Befragung/Beratung durchgeführt ☐

Körpergröße (cm) _____ Körperfettanteil (Prozent) _____

Körpergewicht (kg) _____ Methode der Köperfettbestimmung _____

Sinnesorgane	nein ☐	ja ☐	Herz/Kreislauf	nein ☐	ja ☐
Nasen-/Rachenraum	nein ☐	ja ☐	Lunge	nein ☐	ja ☐
Halsregion	nein ☐	ja ☐	Abdominalorgane	nein ☐	ja ☐
Lymphknoten	nein ☐	ja ☐	Gefäßsystem	nein ☐	ja ☐
Zähne	nein ☐	ja ☐	Nervensystem	nein ☐	ja ☐
Bemerkungen bei Auffälligkeiten			Haut	nein ☐	ja ☐

D KARDIOVASKULÄRE GESUNDHEITSBEURTEILUNG

Ergometrie _____

Ruhe-EKG auffällig nein ☐ ja ☐

Belastungs-EKG auffällig nein ☐ ja ☐

HV durch Rö/Echo (ml) _____ HV/kg KG (ml/kg) _____

Ruhe RR syst./diast. (mmHg) _____

Maximale Belastungsstufe Watt/kg _____ m/s _____ HF/min _____

RR syst./diast. Bei Belastung (mmHg) _____ bei Watt _____ m/s _____

E LABORSTATUS

BKS Wert1 (mm)	_____	BKS Wert2 (mm)	_____
HKT (%)	_____	Hb (g/dl)	_____
Ery (10^6/µl)	_____	Leuko (10^3/µl)	_____
Blutzucker (mmol/l)	_____	Harnstoff (mmol/l)	_____
Kreatinin (µmol/l)	_____	Harnsäure (µmol/l)	_____
Gesamtcholesterin (mmol/l)	_____	HDL Cholesterin (mmol/l)	_____
Gamma GT (U/l)	_____	SGPT (U/l)	_____
Kalium (mmol/l)	_____	Magnesium (mmol/l)	_____
Eisen (µmol/l)	_____	Ferritin (ng/ml)	_____
Urin auffällig nein ☐ ja ☐		Tryglyceride (mmol/l)	_____
Gesamt-CK (U/l)	_____	Blutentnahme nein ☐ ja ☐	

SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

LEISTUNGSDIAGNOSTIK

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hauptsportart, Kader _____ Untersuchungsdatum _____

Hauptdisziplin _____

F ERGOMETRIE / LEISTUNGSDIAGNOSTIK

Testverfahren _____ Einheit _____

Stufendauer (min) _____

Belastungsstufe	HF (min^{-1})	Lactat (mmol/l)	VO_2/kg (ml/min)	Andere Messgrößen

Erholung	HF (min^{-1})	Lactat (mmol/l)	RR (mmHg)
1. min			
3. min			
5. min			
10. min			

Schwelle bei 4 mmol/l Lactat

VO_2/kg (ml/min) _____ Watt/kg _____ m/s _____ HF/min _____

Individuelle Schwelle bei _____ mmol/l Lactat

VO_2/kg (ml/min) _____ Watt/kg _____ m/s _____ HF/min _____

G SPEZIFISCHE TESTVERFAHREN

Testverfahren _____ Einheit _____

aerober Test ☐ anaerober ☐ Feldtest ☐

Belastungsstufe	HF (min^{-1})	Lactat	VO_2	Andere Messgrößen

SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

BEURTEILUNG

Name, Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Hauptsportart, Kader	_____	Untersuchungsdatum	_____

Volltauglich nein ☐ ja ☐

Arztüberweisung nein ☐ ja ☐

Anamnese, Zusammenfassung der Befunde und sportmedizinische Beurteilung, einschließlich Hinweise für den Trainer und den Athleten:

Verantwortlicher Arzt _____

Unterschrift der verantwortlichen Arztes _____

SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

KLEINE ORTHOPÄDIE (BEWEGUNGSAPPARAT)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hauptsportart, Kader _____ Untersuchungsdatum _____

	Befund: ohne	mit	Bemerkung/Befund
Beckenstellung	☐	☐	höher links ☐ rechts ☐ _____ cm Bem.: _____
Wirbelsäule (Haltung, Krümmungsverhältnisse)	☐	☐	_____
Wirbelsäulenbeweglichkeit	☐	☐	mit Befund ☐ HWS ☐ BWS ☐ LWS _____
Hüftgelenk	☐	☐	_____
Kniegelenk	☐	☐	_____
Sprunggelenk/Füße	☐	☐	_____
Untere Gliedmaßen (sonstiges)	☐	☐	_____
Schulter	☐	☐	_____
Ellenbogen/Unterarm	☐	☐	_____
Hand/Finger	☐	☐	_____
Obere Gliedmaßen (sonstiges)	☐	☐	_____
Hypermobilität/Bänderschwäche	☐	☐	_____
Muskelstatus	☐	☐	_____

Beschwerden _____

Operationen _____

Präventive oder therapeutische Maßnahmen _____

Sporttauglichkeit _____

Vorstellung beim Orthopäden des zuständigen OSP Ja ☐ Nein ☐

Untersuchender Arzt _____

Unterschrift des Arztes _____

SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

ORTHOPÄDIE

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hauptsportart, Kader _____ Untersuchungsdatum _____

H Allgemein

	o.p.B.	B.o.Th.	Th.
Hockstellung	☐	☐	☐
Zehenstand	☐	☐	☐
Fersenstand	☐	☐	☐

Beckenstand gerade ☐ li.____cm tiefer re. ____cm tiefer

Rückenform hohl ☐ rund ☐ flach ☐

Skoliose thorakal ☐ lumbal ☐

Beinachse X-Beine ☐ O-Beine ☐

Fußform Knick ☐ Senk ☐ Spreiz ☐

Anmerkungen _____

I HWS

Inklination / Reklination ____/ 0 / ____
[45/0/45]

Li.-Re.-Rotation ____/ 0 / ____
[80/0/80]

Li.Re.-Seitneigung ____/ 0 / ____
[45/0/45]

Anmerkungen _____

J BWS

Anmerkungen _____

K LWS

Inklination / Reklination ____/ 0 /____
[90/0/90]

	o.p.B.	B.o.Th.	Th.
Lasèque	☐	☐	☐

Anmerkungen _____

Neurologie: Sensomotorische Defizite	☐	☐	☐

L Schulter

Anteversion / Retroversion li.____/ 0 / ____re. ____/ 0 / ____
[180/0/40]

Abduktion / Adduktion li.____/ 0 / ____re. ____/ 0 / ____
[180/0/40]

Außen- / Innenrotation li.____/ 0 / ____re. ____/ 0 / ____
[50/0/90]

	o.p.B.	B.o.Th.	Th.
Gelenkstabilität	☐	☐	☐
Subacromialraum	☐	☐	☐
AC-Gelenk	☐	☐	☐
Sehnen (Biceps, Supraspinatus)	☐	☐	☐

Anmerkungen _____

M Ellbogen

Flexion / Extension li.____/ 0 / ____re. ____/ 0 / ____
[150/0/5]

	o.p.B.	B.o.Th.	Th.
Epicondylus	☐	☐	☐
Sehnen (Biceps, Suprasoinatus)	☐	☐	☐

Anmerkungen _____

N Handgelenke und Hände

Anmerkungen _____

O Hüfte

Flexion / Extension li.____/ 0 / ____re. ____/ 0 / ____
[150/0/0]

Abduktion / Adduktion li.____/ 0 / ____re. ____/ 0 / ____
[40/0/40]

Außen- / Innenrotation li.____/ 0 / ____re. ____/ 0 / ____
[40/0/30]

Anmerkungen _____

PKnie

Flexion / Extension li.____/ 0 / ____re. ____/ 0 / ____
[150/0/5]

	o.p.B.	B.o.Th.	Th.
Meniskuszeichen	☐	☐	☐
Kreuzbänder	☐	☐	☐
Seitenbänder	☐	☐	☐
Femoropatellares Gleitlager	☐	☐	☐
Sehnen (Patella, Quadriceps)	☐	☐	☐

Anmerkungen _____

QSprunggelenke

Dorsalextension/Plantarflexion li.____/ 0 / ____re. ____/ 0 / ____
[30/0/50]

	o.p.B.	B.o.Th.	Th.
Außenbänder	☐	☐	☐

Anmerkungen _____

RFüße	o.p.B.	B.o.Th.	Th.
Achillessehne	☐	☐	☐
Plantarfascie	☐	☐	☐

Anmerkungen _____

Schlüssel: o.p.B.= ohne pathologischen Befund; B.o.Th. = Befund ohne Therapiebedarf; Th. = Therapiebedarf

SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

ORTHOPÄDIE

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hauptsportart, Kader _____ Untersuchungsdatum _____

SORTHOPÄDISCHE RÖNTGENAUFNAHMEN | | | | | |

Schlüssel: Eb. = Ebene(n)
wEb. = weitere Ebenen

5010 = Finger od. Zehen 2 Eb.
5011 = Finger od. Zehen wEb.
5020 = Handgelenk 2 Eb.
5020 = Mittelhand 2 Eb.
5020 = alle Finger einer Hand 2 Eb.
5020 = Sprunggelnk 2 Eb.
5020 = Fußwurzel u. od. Mittelfuß 2 Eb.
5020 = Kniescheibe 2 Eb.
5021 = 5020 wEb.
5030 = Oberarm 2 Eb.
5030 = Unterarm 2 Eb.
5030 = Ellenbogengelenk 2 Eb.
5030 = Oberschenkel 2 Eb.
5030 = Unterschenkel 2 Eb.
5030 = Kniegelenk 2 Eb.
5030 = Hand od. Fuß 2 Eb.
5030 = Gelenke Schulter 2 Eb.
5030 = Schlüsselbein 2 Eb.
5030 = Beckenteilaufnahme 2 Eb.
5030 = Kreuzbein od. Hüftgelenk 2 Eb.
5031 = 5030 wEb.
5040 = Beckenübersicht
5100 = HWS 2 Eb.
5101 = HWS wEb.
5105 = BWS od. LWS je Teil 2 Eb.
5106 = BWS od. LWS je Teil wEb.
5110 = Ganzaufnahme Wirbelsäule od. einer Extremität
5111 = Ganzaufnahme Wirbelsäule od. einer Extremität wEb.
5120 = Rippen einer Thoraxhälfte 1 Eb.
5120 = Schulterblatt od. Brustbein 1 Eb.
5121 = 5120 wEb.

T Anlagen

U Hinweise für Athlet, Trainer und Verbandsarzt / auffällige Befunde, präventive oder therapeutische Maßnahmen, Prognose, Sporttauglichkeit:

Untersuchender Facharzt für Orthopädie _____

SPORTÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN

ZUSATZUNTERSUCHUNGEN

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hauptsportart, Kader _____ Untersuchungsdatum _____

ZUSATZUNTERSUCHUNGEN

Untersuchung	**gemacht**
Ultraschallbeurteilung	☐
Ultraschallbeurteilung (weitere Untersuchung) (Anzahl 1-3)	_____
Sonographie der Extremitätenarterien bzw. –venen	☐
Sonographie der hirnversorgenden Arterien	☐
Lungenfunktion – Spirometrie	☐
Lungenfunktion – Blutgase	☐
Muskelfunktionsdiagnostik (u.a. Neuromuskuläre Erregbarkeit)	☐
Farbdopplerechokardiographie	☐
C-reaktives Protein	☐
Antistreptolysin – Titer	☐
Immunglobuline (IgA)	☐
Immunglobuline (IgG)	☐
Immunglobuline (IgM)	☐
Sehtest	☐
Sondermaßnahme	☐
Blutbild	☐
Zink	☐
Broncholysetestwerte (Anzahl 1-5)	_____

Sehtest - Informationen

Wird der Test mit der im Sport verwendet Sehhilfe durchgeführt?	☐ ja ☐ Brille ☐ Kontaktlinse	☐ nein
Visus (Ferne)	rechts_____	links_____
Phorie auffällig	☐ ja	☐ nein
Stereosehen erreicht	☐ ja	☐ nein
Farbsehen auffällig	☐ ja	☐ nein
Empfehlung für eine Sehhilfe im Sport?	☐ ja	☐ nein
Weitere augenärztliche Untersuchung notwendig?	☐ ja	☐ nein