

Sportmedizinische Untersuchung

(Version: 01.07.2026)

Untersuchungsdatum:	_____	
Untersucher*in:	_____	
Name, Vorname:	_____	
Geburtsdatum:	_____	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Gewicht [kg]:	_____	Perzentile ¹ : _____
Grösse [m]:	_____	Perzentile ¹ : _____
BMI [kg/m ²]:	_____	Perzentile ¹ : _____

¹Nur für Kinder und Jugendliche

o.B. signifikanter Befund

1. Kopf/Hals

Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
Visus (Fernvisus)	li unkorrekt <input type="checkbox"/>	re unkorrekt <input type="checkbox"/>	li korrekt <input type="checkbox"/>	re korrekt <input type="checkbox"/>		
Nase/ Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Zähne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rachen/Tonsillen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ohren/Trommelfell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
anderes						

2. Thorax/Lungen

Auskultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perkussion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rippen thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anderes		

3. Herz/Kreislauf

Puls: /min		Blutdruck: / mmHg	
Auskultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Herztöne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Periphere Pulse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Venen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

o.B. signifikanter Befund

8. Bewegungsapparat

Gangbild/Haltung/Beinachse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Rückenform	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schiefstand nach	<input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> li	minus cm
Iliosakralgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Beinlänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
BWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
LWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Schultergürtel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ellbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hände/Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Füsse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Muskellängen/Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Funktionelle Tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Sportartspezifische Befunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Besonderes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Pathologische Befunde für Rubrik 8 markieren:

