



DFB-AKADEMIE

Eigene Angaben

Name: Vorname: Sportärztlicher Untersuchungsbogen

Geb. am:

PLZ: Ort: Fragebogen (eigene Angaben)

Straße: Tel:

männlich weiblich

1. Sind in der Familie Herzkrankheiten bekannt
oder ist jemand an einem Herzschlag verstorben (plötzlicher Herztod)? ja nein

2. Bestanden in der Vergangenheit jemals folgende Beschwerden:
Bewusstlosigkeit, Ohnmachtszustände, Schwindel, Sehstörungen,
Brustschmerz, ungewöhnliche oder plötzlich auftretende Luftnot,
Herzstolpern oder Herzaussetzer oder Herzrasen?
(Zutreffendes bitte unterstreichen) ja nein

3. Wurde jemals ein Herzgeräusch/Herzfehler oder ein hoher Blutdruck
Festgestellt? *(Zutreffendes bitte unterstreichen)* ja nein

4. Besteht das Gefühl, schneller als die Sportkameraden zu ermüden? ja nein

5. Besteht eine Erkrankung der Sinnesorgane (z.B. Brille/Kontaktlinse,
Ohrenbeschwerden, behinderte Nasenatmung)?
(Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen) ja nein
.....

6. Bestehen oder bestanden chronische Erkrankungen (z.B. Zuckerkrankheit,
Asthma, Epilepsie, Schilddrüsenerkrankung, Rheuma) oder eine
körperliche Behinderung? *(Zutreffendes bitte unterstreichen oder ergänzen)* ja nein
.....

7. Trat jemals eine Verletzung auf oder bestehen/bestanden häufiger
Beschwerden an: Sehnen, Muskeln, Gelenken, Wirbelsäule?
(Zutreffendes bitte unterstreichen) ja nein

8. Bestehen Allergien (z.B. Heuschnupfen)?
Wenn ja, welche?..... ja nein

9. Werden derzeit Medikamente eingenommen?
Wenn ja, welche? ja nein



DFB-AKADEMIE

Eigene Angaben

10. Wurde jemals von einem Arzt Sportuntauglichkeit festgestellt?
Wenn ja, warum? ja nein
11. Welche Kinderkrankheiten (Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln, Scharlach, Windpocken) wurden durchgemacht? (Zutreffendes bitte unterstreichen) ja nein
12. Besteht Impfschutz für Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Hib, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln? (Zutreffendes bitte unterstreichen) ja nein
13. Wann erfolgte die letzte zahnärztliche Untersuchung (Monat/Jahr)?
14. Bisherige Operationen (wann, was)?
.....
Sonstige Krankenhausaufenthalte (wann, warum)?
.....
15. Welche Sportart(en) werden vor allem betrieben?
.....
16. Sportliches Training pro Woche: Stunden; Vereinssport: ja nein
17. Raucher: ja nein
Anzahl der Zigaretten täglich:
18. Alkoholkonsum: ja nein
Wenn ja, wie oft? häufig regelmäßig wenig
19. Aktuelle oder frühere Einnahme von Drogen oder Dopingsubstanzen? ja nein
Wenn ja, welche?
20. Gewicht: kg konstant abgenommen zugenommen
21. Wasserlassen/Stuhlgang: Auffälligkeiten keine Auffälligkeiten
22. Appetit/Schlaf: Auffälligkeiten keine Auffälligkeiten

Datum

Unterschrift Bewerber



DFB-AKADEMIE

Ärztlicher Untersuchungsbefund

Name: Vorname: Sportärztlicher Untersuchungsbogen

Geb. am:

PLZ: Ort: Allgemeiner Untersuchungsbefund

Straße: Tel:

Größe: cm

Gewicht: kg

BMI (kg/m²)

Blutdruck:

Herzfrequenz: /min

re mm Hg

regelmäßig

li mm Hg

unregelmäßig

Auffällig

Sinnesorgane

ja

nein

Kopf, Hals, Rachen

ja

nein

Zähne

ja

nein

Herzauskultation

ja

nein

Palpation periphere Pulse

ja

nein

Lunge + Thorax

ja

nein

Abdomen

ja

nein

Reflexe

ja

nein

Haut

ja

nein

Wirbelsäule

ja

nein

Schulter

ja

nein

Ellbogen

ja

nein

Hand + Finger

ja

nein



DFB-AKADEMIE

Ärztlicher Untersuchungsbefund

	<u>Auffällig</u>	
Hüfte	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Knie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sprunggelenk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Achsenfehlstellungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beinlängendifferenzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fußdeformationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muskulatur (Dysbalancen, Dehnzustand)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Laborbefunde:

	<u>Auffällig</u>	
Urinstatus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hb:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BSG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
EKG:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Belastungs-EKG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Beurteilung:

Nach dem Ergebnis der ambulant durchgeführten klinischen Untersuchung und des obenstehend mitgeteilten EKG-Befundes, sowie unter Berücksichtigung der Angaben zur gesundheitlichen Vorgeschichte (eigene Angaben), erachte ich die untersuchte Person für gesund und körperlich geeignet für die Teilnahme am Fußball-Lehrer-Lehrgang des DFB.

Die untersuchte Person leidet an keiner ansteckenden Krankheit und befindet sich nicht in einem krankhaften Zustand, durch den andere gefährdet werden könnten.

Bemerkungen:

Datum

Unterschrift und Stempel des/der Arztes/Ärztin