

Name des Boxers _____

Sportärztlicher Untersuchungsbogen	
Allgemeinbefund	
Sinnesorgane auffällig:	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Visus rechts <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>	links <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Bemerkungen:	
Zähne auffällig:	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Bemerkungen:	
Lunge auffällig:	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Bemerkungen:	
Herz/Kreislauf auffällig:	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Bemerkungen:	
HF:	Rhythmisch Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Blutdruck im Liegen (Ruhe)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> syst. / diast.
Bemerkungen:	
Periph. Venensystem auffällig:	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Bemerkungen:	

Blatt 2	
Eigenreflexe auffällig:	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Romberg positiv	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Laborbefunde-AIDS Test: Blatt 4	
BKS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Großes Blutbild Hb in g. %	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Ery in Mio.	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MCH	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/>
Leukozyten	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Differential-Blutbild (bei Leukozyten unter 4000/über 10.000 und spez. Diagnose) path.	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
γ GT in U/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
GPT in U/l	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kreatinin in mg %	<input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Urin / Eiweiß negativ:	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Zucker negativ:	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Nitrite negativ:	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Sedimente	
Zusätzl. Blut- u. Urinbefunde:	
	pos. neg.
HAV-AB:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hbs-AG:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
HC-V:	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Anti Hbc Titer	_____
Lactat-Schwellenaustestung	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1
Befund Lactatschwellenwert bei _____	m/sek,
HF _____ Lact. _____	mmol/L
Kard.-Zirkul. Leistungsprüfung	
Ruhe-EKG path.	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> 1

Name des Boxers _____

ZNS auffällig: Nein 0 Ja 1

Bemerkung:

Befund:

Sportärztlicher Untersuchungsbogen

Haltungs- und Bewegungsapparat

Rumpf auffällig: Nein 0 Ja 1

Thoraxdeformität: Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

Becken (Schiefst./Kippung) Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

Wirbelsäule

-Sagittalabweichung- Nein 0 Ja 1

-Seitabweichung- Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

Weichgewebe

-Paravertebral auffällig- Nein 0 Ja 1

-Bauchdecke auffällig- Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

Funktion -HWS auffällig- Nein 0 Ja 1

-BWS auffällig- Nein 0 Ja 1

-LWS auffällig- Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

Obere Extremität auffällig: Nein 0 Ja 1

Weichgewebe auffällig: Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Untere Extremität auffällig: Nein 0 Ja 1

Blatt 3

Bemerkungen:

Weichgewebe auffällig: Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

.....

Befundänderung seit letzter Untersuchung

am: Nein 0 Ja 1

Röntgen erforderlich: Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

.....

.....

Schädel-CT erforderlich: Nein 0 Ja 1

(nur b. Erstunters. oder nach K.o.)

Bemerkungen:

Sonstige Untersuchung(en) erforderlich:

(z.B. EEG o.ä.) Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Beinform auffällig: Nein 0 Ja 1
 Fußform auffällig: Nein 0 Ja 1

Bemerkungen:

.....

Sportärztlicher Untersuchungsbogen

**Zusammenfassende Sportmedizinische Beurteilung,
 einschließlich Behandlungsvorschläge / eingeleitete fachärztliche Zusatzuntersuchungen und
 Hinweise für den Trainer.**

Name des Boxers _____

Untersuchungstag _____

boxtauglich:	Nein <input type="checkbox"/> 0	Ja <input type="checkbox"/> 1
Trainingsintensivierung	Nein <input type="checkbox"/> 0	Ja <input type="checkbox"/> 1
Trainingsreduktion	Nein <input type="checkbox"/> 0	Ja <input type="checkbox"/> 1
Trainingsverbot auf Zeit keine Änderung des Trainingsprogramms	Nein <input type="checkbox"/> 0	Ja <input type="checkbox"/> 1
Boxsportverbot auf Zeit	Nein <input type="checkbox"/> 0	Ja <input type="checkbox"/> 1
Boxsportverbot auf Dauer	Nein <input type="checkbox"/> 0	Ja <input type="checkbox"/> 1

Ohne Befund

Bef. liegt vor, Arztüberweisung notwendig

Bef. liegt vor, ist bereits in ärztl. Behandlung

Bef. liegt vor, keine Behandlung notwendig

Bemerkungen:

.....

.....

HIV - Test

positiv negativ

 Name des Arztes
 (in Druckschrift)

Unterschrift und Stempel des verantwortl. Arztes

Untersuchungszentrum

Ort/Datum
