

## German Boxing Association

Einganguntersuchung  Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung, zur Speicherung der erhobenen Daten und deren 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 der Untersuchungsstelle, für den von mir im Untersuchungsbogen genannten Manager/Trainer und den Vertrauensarzt. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten durch diesen Benutzerkreis bedarf meiner Genehmigung.

Jahreshauptuntersuchung

BoxerIn

Ort der Untersuchung

Datum

Persönliche Daten													
<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>													
Name	.....												
Vorname	.....												
Geburtsname	.....												
Straße Nr.	.....												
Wohnort	.....												
Telefon	.....												
Geburtsdatum	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">Jahr</td><td style="text-align: center;">Monat</td><td style="text-align: center;">Tag</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td><td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td><td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> </table>	Jahr	Monat	Tag	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
Jahr	Monat	Tag											
<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>							
Hausarzt	.....												
Straße, Nr.	.....												
Wohnort	.....												
Training und Wettkampf													
Berufsboxer seit	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
Manager/Trainer	.....												
Straße, Nr.	.....												
Wohnort	.....												
Vertrauensarzt	.....												
Straße, Nr.	.....												
Wohnort	.....												
Amateur-Kämpfe	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
Profi-Kämpfe	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
K.o. Niederlagen	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
Wieviele Jahre trainieren Sie bereits systematisch?	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
Wie oft trainieren Sie wöchentlich (Durchschnittlich)?	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												
Wieviele Stunden trainieren Sie wöchentlich (Durchschnittlich)?	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>												

Datum der Untersuchung	Jahr	Monat	Tag						
	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
Körpergröße in (cm)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
Körpergewicht in (ganze kg.)	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
Anamnese / Zwischenanamnese seit Untersuchung vom:									
<div style="text-align: center; font-size: 2em;">→</div>									
Behandlung									
Wenn ja durch wen:									
Raucher									
(mehr als 5 Zigaretten tgl.)    Nein <input type="checkbox"/> 0                    Ja <input type="checkbox"/> 1									
Alkohol									
Nein <input type="checkbox"/> 0                    Ja <input type="checkbox"/> 1									
Medikamente									
Nein <input type="checkbox"/> 0                    Ja <input type="checkbox"/> 1									
Bemerkungen: .....									
.....									
.....									

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"/>
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"/>
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  
an: .....            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**

**Blatt 4**

**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 \_\_\_\_\_