

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	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

4. **Lymphknoten** cervical re / li axillär re / li
 inguinal re/li andere

5. **Haut**

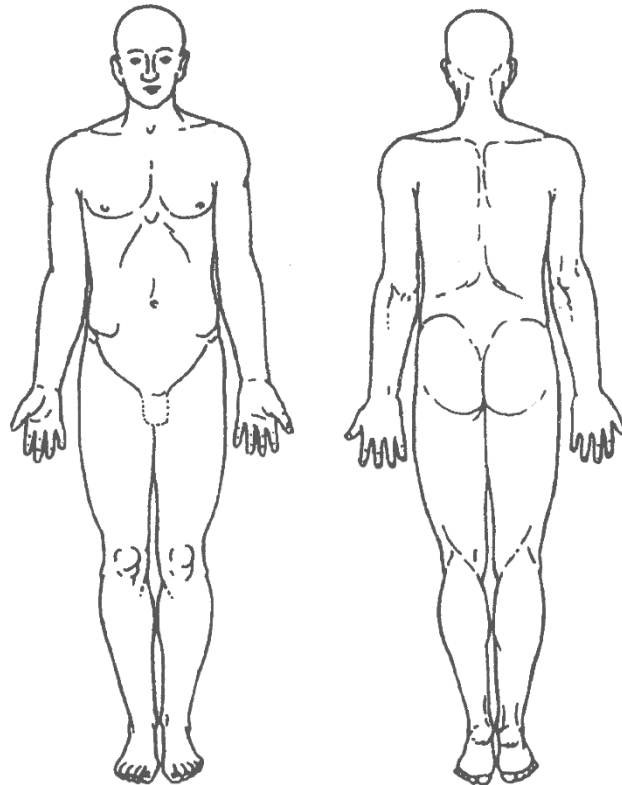
6. Abdomen

Palpation
Leber
Milz
Nierenlogen
Hernien/ Genitale/ Tannerst.

7. Nervensystem

Reflexe ASR re/li PSR re/li andere
Sensibilität
Motorik

Pathologische Befunde (für Rubriken 1-7) markieren:



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:

