



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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_