**Sportmedizinische Untersuchung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** | **Untersuchungsdatum:** |
| **Geburtsdatum:** | **Untersucher/in:** |

# Thorax / Lungen

**o.B. anderer Befund**

Auskultation

Perkussion

Rippenthorax

anderes

# Herz / Kreislauf

Puls:       / min BD:       mmHg

**o.B. anderer Befund**

Auskultation

Herztöne

Periphere Pulse

Venen

# Lymphknoten

**o.B. anderer Befund**

cervical re / li

axillär re / li

inguinal re / li

andere

# Haut

# Abdomen

# Palpation

# Leber

# Milz

# Nierenlogen

# Nervensystem

**o.B. anderer Befund**

Reflexe   ASR re / li  PSR re / li  andere

Sensibilität

Motorik

# Bemerkungen / Ergänzungen:

# Wirbelsäule / Rumpf

**o.B. anderer Befund**

Gangbild / Haltung

Rückenform

Becken   Schiefstand nach  re  li minus       cm

Iliosakralgelenk

Beinlänge

HWS

BWS

LWS

Schultergürtel

Ellbogen

Hände

Hüfte

Knie

Sprunggelenk

Füsse

Sportartspezifische Befunde

Muskellängen / Beweglichkeit

Pathologische Befunde markieren:

