

# Sporttauglichkeitsbescheinigung

## Schwimmverein Bietigheim



<b>Schwimmer/ in:</b> Name: .....  Adresse: .....  Geb.: .....  Verein: <i>SV Bietigheim</i> Sportart: <i>Schwimmen</i>	<b>Behandelnder Arzt:</b>  <div style="text-align: center; font-size: 2em; color: gray;">Stempel</div> Unterschrift: .....  Untersuchungsdatum: .....
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Familienanamnese	Trainingsanamnese			
Herz- Kreislaufisiko Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Diabetesrisiko Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Sportart spezifisch ..... Std. pro Woche (Schwimmen)	Kraft ..... Std. pro Woche	Ausdauer ..... Std. pro Woche	Andere ..... Std. pro Woche (Sportarten)

RR / mmHg	Puls /min.	Gewicht Kg	Größe cm	BMI kg/m <sup>2</sup>
-----------	------------	------------	----------	-----------------------

Internistisch	Auffälliger Befund															
<table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">auffällig</td> <td style="text-align: center;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td>Herz</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lunge</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bauch</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Leiste</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		auffällig	unauffällig	Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Abklärung bzw. Kontrolle wegen _____
	auffällig	unauffällig														
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

Orthopädisch	Auffälliger Befund																		
<table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">auffällig</td> <td style="text-align: center;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td>Wirbelsäule</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hüfte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Obere Extremität mit</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schultergürtel</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Untere Extremität</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		auffällig	unauffällig	Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Obere Extremität mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schultergürtel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Untere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Abklärung bzw. Kontrolle wegen _____
	auffällig	unauffällig																	
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Obere Extremität mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Schultergürtel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
Untere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

Muskelfunktion										
Haltungsschwäche	Ja	Nein	Hüftstrecker	abgeschw.	verkürzt	o. B.	Schulterblattfixatoren	abgeschw.	verkürzt	o. B.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hüftbeuger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wadenmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kniestrecker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unterarmmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Befunde	Auffälliger Befund												
<table style="width:100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">auffällig</td> <td style="text-align: center;">unauffällig</td> </tr> <tr> <td>Beurteilung des Trommelfels</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Haut</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Neurol.</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		auffällig	unauffällig	Beurteilung des Trommelfels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Abklärung bzw. Kontrolle wegen _____
	auffällig	unauffällig											
Beurteilung des Trommelfels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Neurol.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											

<b>EKG</b> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/>	<b>Labor</b> Harn <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> Blutbild <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/>	Bemerkungen: _____ _____
---------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

Für den Wettkampfsport     
  tauglich     
  untauglich