

Ärztlicher Untersuchungsbericht für Profisportler

Der Untersuchungsbericht darf nicht durch Ehegatten, eingetragenen Lebenspartner, Eltern oder Kinder der zu untersuchenden Person erstellt werden. Die Kosten der Untersuchung und Berichterstellung trägt der Antragsteller.

Name/Vorname _____ Antragsdatum _____

Geburtsdatum _____ Antragsnummer _____

Ausgeübter Beruf _____ Vermittlernummer _____

Straße, Hausnummer _____ Vermittlername _____

PLZ, Ort _____

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu. Wir möchten Sie jedoch bitten, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen der Patientin/des Patienten anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethoden Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

Bitte senden Sie uns keine Informationen, die älter als 10 Jahre sind.

Bitte die Fragen des ärztlichen Untersuchungsberichts vollständig ausfüllen. Bei „ja“ bitte nähere Angaben.

1 Allgemeinmedizinisch-internistisch

1.1 Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?
Wenn ja, bitte Diagnose und Behandlungszeitraum angeben.

a) Atmungsorgane (z. B. Asthma, Bronchitis, hyperreagibles Bronchialsystem, Luftnot) nein ja

b) Haut (z. B. Akne, Hautpilz, Neurodermitis) nein ja

c) HNO-Bereich (z. B. Allergien, Sinusitis, Tonsillitis) nein ja

d) Abdominalorgane (z. B. Gastritis, Leberkrankheiten) nein ja

e) Harn- und Geschlechtsorgane (z. B. Nieren-Krankheiten, Zystitis) nein ja

f) Psyche (z. B. Schlafstörung, Depression, Leistungsdruck) nein ja

g) Nervensystem (z. B. Neuralgien, Parästhesien) nein ja

h) Sonstiges nein ja

1.2 Kardiovaskuläre Befunde

Blutdruck (in Ruhe) _____ / _____ Puls (in Ruhe) _____

Bestehen oder bestanden kardiologische Auffälligkeiten oder Erkrankungen? Wenn Sie etwas ankreuzen, bitte den Befund beifügen und eventuell bereits durchgeführte Behandlung angeben:

Klappeninsuffizienzen nein ja

Falls ja, bitte konkretisieren:

Trikuspidalklappeninsuffizienz

physiologisch minimal gesicherte Insuffizienz

Mitralklappeninsuffizienz

physiologisch minimal gesicherte Insuffizienz

Pulmonalklappeninsuffizienz

physiologisch minimal gesicherte Insuffizienz

Inkompletter Rechts-/Linksschenkelblock nein ja

Sonstige Auffälligkeiten

1.3 Liegen Beschwerden vor, die Sie in Fragen 1.1 bis 1.3 nicht angeben konnten? nein ja

1.4 Laborwerte

Parameter	gemessener Wert	Einheit	alternative Einheit	Referenzwert
Hämatokrit		%		
Hämoglobin		g/dl		
Erythrozyten		Mio/ μ l		
Leukozyten		/ μ l		
Thrombozyten		Tsd/ μ l		
AST/GOT		IU/l		
ALT/GPT		IU/l		
gamma-GT		IU/l		
CRP		mg/dl		
Kreatinin		mg/dl		
Kalium		mmol/l		
Magnesium		mmol/l		
Ferritin		ng/ml		
Glukose <input type="checkbox"/> nüchtern <input type="checkbox"/> postprandial		mg/dl		
Gesamtcholesterin		mg/dl		
HDL-Cholesterin		mg/dl		
LDL-Cholesterin		mg/dl		
Triglyceride		mg/dl		
Harnsäure		mg/dl		
Urinstatus (Streifenfest, falls erforderlich Sediment)				

Datum und Unterschrift/Stempel Arzt

Name/Vorname _____

2 Orthopädisch-chirurgisch

2.1 Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?
 Wenn Sie etwas ankreuzen, bitte Befund und eventuell bereits durchgeführte Behandlung angeben.

a) Schulter/Ellenbogengelenk/Handgelenk nein ja

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Gelenkguss | <input type="checkbox"/> Luxation/Subluxation |
| <input type="checkbox"/> Impingement -Syndrom | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

b) Wirbelsäule: nein ja

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beinlängenverkürzung/Beckenschiefstand | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Blockierung | <input type="checkbox"/> Skoliose/Kyphose/Lordose |
| <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

c) Hüften-/Leistenregion nein ja

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Druck-/Bewegungsschmerz | <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie |
| <input type="checkbox"/> Leistenprobleme (z. B. Hernie, „weiche Leiste“) | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | (z. B. „Schambeinentzündung“) |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- d) Kniegelenk nein ja
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bakerzyste | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Kniegelenkerguss |
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Meniskusschaden |
| <input type="checkbox"/> Knieschmerzen | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Patellaerkrankung (z. B. Luxation/Subluxation) | <input type="checkbox"/> Verletzung des Kapsel-Bandapparats (z. B. Kreuzband, Außen-/Innenband-/Kapselruptur, Zerrung) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- e) Oberes/unteres Sprunggelenk nein ja
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden |
| <input type="checkbox"/> Gelenkerguss | <input type="checkbox"/> Sprunggelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Verletzung des Kapsel-Bandapparats
(z. B. Ruptur, Zerrung) | <input type="checkbox"/> Instabilität |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- f) Fuß einschließlich Achillessehne und Plantarfaszie, Zehen nein ja
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Achillessehnenbeschwerden
(z. B. Schwellung, Riss, Schmerzen) | <input type="checkbox"/> Fußdeformität
(ggf. verordnete Einlagen?) |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden der Zehengelenke | <input type="checkbox"/> Haut-/Nagelmykose |
| <input type="checkbox"/> Bursitis | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Druckschmerz (z. B. Tarsalgie) | <input type="checkbox"/> Exostose |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- g) Muskelstatus nein ja
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adduktorenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Muskuläre Verkürzung |
| <input type="checkbox"/> Muskelfaserriss | <input type="checkbox"/> Muskuläre Dysbalance |
| <input type="checkbox"/> Muskelverhärtung/Muskelkrampf | <input type="checkbox"/> Muskelzerrung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

- 2.2 Sind Ihnen weitere Erkrankungen/Beschwerden bekannt, die nicht in Frage 2.1 a-g angegeben wurden? nein ja

- 2.3 Besteht oder bestand eine Fraktur? Bitte die genaue(n) Lokalisation(en) angeben. nein ja

- 2.4 Sind aktuell diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (z.B. Einlagen, manuelle Therapie) notwendig? nein ja

Datum und Unterschrift/Stempel Arzt