



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Spielerinnen der 2. Damen-Basketball- Bundesliga sowie Spieler der Nachwuchs- und Jugend-Basketball-Bundesliga

Stand: 08/2018



Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler/-in

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler/-in

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/-in

Unterschrift Klub

Unterschrift Arzt/Ärztin (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler/-in

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler/-in

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/-in

Unterschrift Klub

Unterschrift Arzt/Ärztin (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Bescheinigung

über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler/-in

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler/-in

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/-in

Unterschrift Klub

Unterschrift Arzt/Ärztin (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Bescheinigung

über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler/-in

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz als Berufsbasketballspieler/-in

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/-in

Unterschrift Klub

Unterschrift Arzt/Ärztin (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes

Spielername:

Geburtsdatum:

Der/die Spieler/-in _____

, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Klub: _____

Spielerdaten:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sprungbein: _____

Händigkeit: _____



Orthopädisch-chirurgische Anamnese

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Krankenhausaufenthalte (vollständig/zeitlich geordnet):

Operationen (vollständig/zeitlich geordnet):

Unfälle (vollständig/zeitlich geordnet):

Bemerkungen:



Rumpf Untersuchungsergebnis

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.
Wirbelsäule			
Klopfschmerz			
Kyphose/Skoliose			
Abstand Fingerkuppen – Fußboden	_____ cm		
Schober-Zeichen L1–L5 (10–15 cm)	_____ cm		
Sonstiges			
Rückenmuskulatur			
Bauchwand (Leistenhernie)			
Rumpfmuskulatur			
Beckenstand			
Beinlängendifferenz	_____ cm		
Iliosakralgelenk			
Hypermobile Gelenke	J	N	



Untere Extremitäten Untersuchungsergebnis

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Beinachse funktionell						
Beinachse O-/X-Bein						
Hüftgelenk						
Impingementzeichen						
Kniegelenk						
Schwellung/Erguss						
Patella/Patellasehne						
Innenband/Außenband						
vorderes/hinteres Kreuzband						
Meniskus (innen/außen)						
Sprunggelenk						
Bandinstabilität						
Achillessehne						
Fußdeformitäten						
Zehendeformitäten						
Hauterkrankungen Nägel/Pilze						

Nur pathologische Befunde

Bewegungsmaße nach Neutral-Null-Methode	Links	Rechts
Hüftgelenk		
Strecken/Beugen (10–0–130)		
Abspreizen/Anführen (40–0–30)		
Auswärts-/Einwärtsdrehen (90) (40–0–90)		
Kniegelenk		
Strecken/Beugen (0–0–140)		
Sprunggelenk		
Strecken/Beugen (20–0–60)		



Obere Extremitäten Untersuchungsergebnis

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Schultergelenk						
Rotatorenmanschette/Bizepssehne						
Acromioclaviculargelenk						
Sternoclaviculargelenk						
Impingement						
Instabilität						
Ellenbogengelenk						
Instabilität						
Handgelenk						
Schmerzangabe						
Instabilität						
Finger						
Gelenkverletzungen						
Bandinstabilität						

Nur pathologische Befunde

Bewegungsmaße nach Neutral-Null-Methode	Links	Rechts
Schulter		
Abspreizen/Anführen (180-0-40)		
Rück-/Vorheben (40-0-180)		
Auswärts-/Einwärtsdrehen (90) (50-0-30)		
Ellenbogen		
Strecken/Beugen (10-0-150)		
Auswärts-/Einwärtsdrehen (60-0-90)		
Handgelenk		
Heben/Senken (60-0-60)		
ellenwärts/speichenwärts (20-0-20)		



Hinweise und Maßnahmen

Spielname: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athleten/-innen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:



Hinweise und Maßnahmen

Spielernamen: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athleten/-innen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes

Spielername:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Der/die Spieler/-in _____

, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Klub: _____

Spielerdaten:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____



Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Sportanamnese (z.B. Anzahl der Trainingsjahre, Trainingsstunden pro Woche, Spielposition):

Krankheitsanamnese (z.B. Kinderkrankheiten, frühere Krankheiten der inneren Organe und Sinnesorgane, besondere Infektionskrankheiten, Allergien, sonstige Erkrankungen, Schwindelattacken, Synkopen, pektanginöse Beschwerden, grippaler Infekt mit Herzstolpern, Herzrasen):

Familienanamnese (z.B. plötzlicher Herztod):

Impfstatus (z.B. Tetanus, Polio, Diphtherie, Hepatitis A und B):

Medikamente:

Frühere Untersuchungen:

letzte augenärztliche Kontrolle: _____

letzte zahnärztliche Untersuchung: _____

letzte HNO-Untersuchung: _____

wichtige frühere Untersuchungen: _____



Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Aktuelle Beschwerden (z.B. Schmerzen, Luftnot, Pulsunregelmäßigkeiten, Schwindel, Husten, Auswurf, Gewichtsveränderungen, Appetitstörungen, Schlafstörungen, Auffälligkeiten beim Wasserlassen und Stuhlgang):



Allgemeinbefund/Auffälligkeiten

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Körpergröße (cm): _____

Körpergewicht (kg): _____

Lymphknoten: _____

Sinnesorgane: _____

Nasen-/Rachenraum: _____

Zähne (Zahnfleischbluten, fehlende Zähne, Schmerzen): _____

Halsregion: _____

Thorax (Inspektion): _____

Herz: _____

Lunge: _____

Abdominalorgane (einschl. Nierenlager): _____

Gefäßsystem (Arterienpuls, Gefäßgeräusche, Venensystem): _____

Haut: _____

Nervensystem: _____

Bemerkungen:



Herz-Kreislauf-Funktionsprüfung

Präventiv-diagnostisch

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Herzfrequenz in Ruhe: _____ /min

Blutdruck in Ruhe (links): _____ mmHg

Blutdruck in Ruhe (rechts): _____ mmHg

Ruhe-EKG (12 Ableitungen): _____

Beurteilung:



Beurteilungen und Empfehlungen

Spielname: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Beurteilungen/Empfehlungen:



Beurteilungen und Empfehlungen

Spielernamen: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Beurteilungen/Empfehlungen:

Herausgeber:



VBG

**Ihre gesetzliche
Unfallversicherung**

www.vbg.de

Massaquoiassage 1

22305 Hamburg

Postanschrift: 22281 Hamburg

Artikelnummer: 24-05-6139-3

Realisation:

Jedermann-Verlag GmbH

www.jedermann.de

Fotos:

© SCIEPRO, gettyimages

Version 2.0/2018-08

Der Bezug dieser Informationsschrift ist für Mitglieds-
unternehmen der VBG im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Wir sind für Sie da!

Kundendialog der VBG: 040 5146-2940

Notfall-Hotline für Beschäftigte im Auslandseinsatz:

+49 40 5146-7171

Service-Hotline für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz:

0180 5 8247728 (0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min.)

Für Sie vor Ort – die VBG-Bezirksverwaltungen:

Bergisch Gladbach

Kölner Straße 20
51429 Bergisch Gladbach
Tel.: 02204 407-0 • Fax: 02204 1639
E-Mail: BV.BergischGladbach@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 02204 407-165

Berlin

Markgrafenstraße 18 • 10969 Berlin
Tel.: 030 77003-0 • Fax: 030 7741319
E-Mail: BV.Berlin@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 030 77003-128

Bielefeld

Nikolaus-Dürkopp-Straße 8
33602 Bielefeld
Tel.: 0521 5801-0 • Fax: 0521 61284
E-Mail: BV.Bielefeld@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0521 5801-165

Dresden

Wiener Platz 6 • 01069 Dresden
Tel.: 0351 8145-0 • Fax: 0351 8145-109
E-Mail: BV.Dresden@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0351 8145-167

Duisburg

Wintgensstraße 27 • 47058 Duisburg
Tel.: 0203 3487-0 • Fax: 0203 2809005
E-Mail: BV.Duisburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0203 3487-106

Erfurt

Koenbergstraße 1 • 99084 Erfurt
Tel.: 0361 2236-0 • Fax: 0361 2253466
E-Mail: BV.Erfurt@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0361 2236-439

Hamburg

Sachsenstraße 18 • 20097 Hamburg
Tel.: 040 23656-0 • Fax: 040 2369439
E-Mail: BV.Hamburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 040 23656-165

Ludwigsburg

Martin-Luther-Straße 79
71636 Ludwigsburg
Tel.: 07141 919-0 • Fax: 07141 902319
E-Mail: BV.Ludwigsburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 07141 919-354

Mainz

Isaac-Fulda-Allee 3 • 55124 Mainz
Tel.: 06131 389-0 • Fax: 06131 371044
E-Mail: BV.Mainz@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 06131 389-180

München

Barthstraße 20 • 80339 München
Tel.: 089 50095-0 • Fax: 089 50095-111
E-Mail: BV.Muenchen@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 089 50095-165

Würzburg

Riemenschneiderstraße 2
97072 Würzburg
Tel.: 0931 7943-0 • Fax: 0931 7842-200
E-Mail: BV.Wuerzburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0931 7943-407

VBG-Akademien für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz:

Akademie Dresden

Königsbrücker Landstraße 4c
01109 Dresden
Tel.: 0351 88923-0 • Fax: 0351 88349-34
E-Mail: Akademie.Dresden@vbg.de
Hotel-Tel.: 0351 457-3000

Akademie Gevelinghausen

Schloßstraße 1 • 59939 Olsberg
Tel.: 02904 9716-0 • Fax: 02904 9716-30
E-Mail: Akademie.Olsberg@vbg.de
Hotel-Tel.: 02904 803-0

Akademie Lautrach

Schloßstraße 1 • 87763 Lautrach
Tel.: 08394 92613 • Fax: 08394 1689
E-Mail: Akademie.Lautrach@vbg.de
Hotel-Tel.: 08394 910-0

Akademie Mainz

Isaac-Fulda-Allee 3 • 55124 Mainz
Tel.: 06131 389-380 • Fax: 06131 389-389
E-Mail: Akademie.Mainz@vbg.de

Akademie Storkau

Im Park 1 • 39590 Tangermünde/OT Storkau
Tel.: 039321 531-0 • Fax: 039321 531-23
E-Mail: Akademie.Storkau@vbg.de
Hotel-Tel.: 039321 521-0

Akademie Untermerzbach

ca. 32 km nördlich von Bamberg
Schlossweg 2, 96190 Untermerzbach
Tel.: 09533 7194-0 • Fax: 09533 7194-499
E-Mail: Akademie.Untermerzbach@vbg.de
Hotel-Tel.: 09533 7194-100



Seminarbuchungen:

online: www.vbg.de/seminare

telefonisch in Ihrer VBG-Bezirksverwaltung

Bei Beitragsfragen:

telefonisch: 040 5146-2940

E-Mail: kundendialog@vbg.de

VBG – Ihre gesetzliche Unfallversicherung

Massaquoipassage 1 • 22305 Hamburg

Tel.: 040 5146-0 • Fax: 040 5146-2146

E-Mail: kundendialog@vbg.de

www.vbg.de

So finden Sie Ihre VBG-Bezirksverwaltung:

www.vbg.de/standorte aufrufen und die Postleitzahl Ihres Unternehmens eingeben.

www.vbg.de