



DEUTSCHER
LEICHTATHLETIK
VERBAND



> FEBRUAR 2024

**SPORTMEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGSBOGEN FÜR
DEN EINSATZ IN DER LEICHTATHLETIK-
NATIONALMANNSCHAFT**

Sportmedizinische Untersuchung für den Einsatz in der Leichtathletiknationalmannschaft

Als Voraussetzung für einen Start innerhalb der Nationalmannschaft des Deutschen Leichtathletik Verbandes müssen die Athlet:innen eine sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung nachweisen, die nicht älter als 12 Monate zum Wettkampfstart sein darf.

Die Gesundheitsuntersuchung verfolgt das Ziel, die Eignung und Erhaltung der Gesundheit im Kontext der allgemeinen und speziell auf den Sport bezogenen Gesundheitsfürsorge festzustellen. Durch eine unspezifische Ergometrie, inklusive EKG-Ableitung, wird die Belastbarkeit ermittelt. Zudem liegt der Fokus auf der frühzeitigen Erkennung und Behandlung von Funktionsstörungen, Anomalien, akuten Sportverletzungen und der Vorsorge vor Verletzungen, um die Leistungsfähigkeit zu erhalten. Eine weitere Zielsetzung besteht darin, bleibende Sportschäden zu vermeiden. Die sportmedizinischen Untersuchungen tragen somit dazu bei, die Gesundheit der Sportler zu sichern.

Athlet:in

Bescheinigung

über die sportmedizinische Untersuchung

Diese Seite bitte an leistungssport@leichtathletik.de senden

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes:

Athlet:in: _____

Geburtsdatum: _____

Der Athlet / die Athletin _____ wurde medizinisch untersucht:

- Erstuntersuchung**
- Nachuntersuchung**
- Internistisch-allgemeinmedizinisch** am: _____
 - Durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin): _____
 - (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____
- Orthopädisch-chirurgisch** am: _____
 - Durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin): _____
 - (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

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

- Keine Bedenken gegen einen Einsatz für die Leichtathletiknationalmannschaft**
- Gegen einen Einsatz für die Leichtathletiknationalmannschaft**

Nachuntersuchung (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Athlet:in

Stempel / Unterschrift Ärztin/Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes:

Athlet:in: _____

Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____

Der Athlet / die Athletin _____ wurde medizinisch untersucht:

- Erstuntersuchung**
- Nachuntersuchung**

Verein: _____

Athletin/Athleten Daten:

Anschrift: _____

Disziplin: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sprungbein: _____

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Orthopädischer Teil

Athletin: _____

Untersuchungsdatum: _____

Krankenhausaufenthalte (vollständig/zeitlich geordnet):

Operationen (vollständig/zeitlich geordnet):

Unfälle und bisherige Verletzungen (vollständig/zeitlich geordnet):

Bemerkungen:

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Rumpf Untersuchungsergebnis

Athlet:in: _____

Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.
Wirbelsäule			
Klopfschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druckschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kyphose/Skoliose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abstand Fingerkuppen - Fußboden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schober Zeichen L1 – L5 (15 – 10 – 8 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ott-Zeichen (15 – 10 – 8 cm 32 – 30 – 27 cm)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rückenmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchwand (Leistenhernie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumpfmuskulatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinlängendifferenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iliosakralgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypermobile Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auffällige Befunde:

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Bewegungsmaße nach der Neutral-Null-Methode

Athlet:in: _____

Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Hüftgelenk						
Strecken/Beugen (10 – 0 – 130)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abspreizen/Anspreizen (40 – 0 – 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswärts-/Einwärtsdrehen 90° (40 – 0 – 35)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kniegelenk						
Strecken/Beugen (0 – 0 – 140)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprunggelenk						
Strecken/Beugen (20 – 0 – 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulter						
Abspreizen/Anspreizen (180 – 0 – 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rück-/Vorheben (40 – 0 – 170)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswärts-/Einwärtsdrehen 90° (40 – 0 – 35)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogen						
Strecken/Beugen (10 – 0 – 135)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auswärts-/Einwärtsdrehen (80 – 0 – 80)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk						
Heben/Senken (60 – 0 – 60)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenwärts/speichenwärts (20 – 0 – 30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HWS (Kopf)						
Vor-/Rück-Neigung (40 – 0 – 60)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechts-/Links-Neigung (40 – 0 – 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechts-/Links-Drehung (80 – 0 – 80)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rumpf/LWS						
Rechts-/Links-Neigung (40 – 0 – 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechts-/Links-Drehung (50 – 0 – 50)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Extremitäten Untersuchungsergebnis

Athlet:in: _____

Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Beinachse funktionell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinachse O-/X-Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftgelenk						
Impingementzeichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trochanter Problematik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kniegelenk						
Schwellung/Erguss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patella/Patellasehne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innenband/Außenband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorderes/hinteres Kreuzband	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meniskus (innen/außen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkgeräusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprunggelenk/Fuß						
Bandinstabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkgeräusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußdeformitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zehendeformitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muskulatur Bein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehnen (Achillessehne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hauterkrankungen (Nägel/Pilze)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auffällige Befunde:

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Extremitäten Untersuchungsergebnis

Athlet:in: _____

Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Schultergelenk						
Schmerzangabe Hauptgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acromioclaviculargelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sternoclaviculargelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkgeräusch/Gelenkreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impingement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ellenbogengelenk						
Schmerzangabe Hauptgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkgeräusch/Gelenkreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handgelenk						
Schmerzangabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überwärmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Finger						
Gelenkverletzungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bandinstabilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faustschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streckung/Beugung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deformitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VERBLEIB Trainer:in / Athlet:in

Extremitäten Untersuchungsergebnis

Athlet:in: _____

Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athlet:innen und Trainer:innen:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes:

Athletin: _____

Geburtsdatum: _____

Untersuchungsdatum: _____

Der Athlet / die Athletin _____ wurde medizinisch untersucht:

- Erstuntersuchung**
- Nachuntersuchung**

Verein: _____

Athletin/Athleten Daten:

Anschrift: _____

Disziplin: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sprungbein: _____

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Athletin: _____

Untersuchungsdatum: _____

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

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

Familienanamnese (z.B. plötzlicher Herztod)

Impfstatus

Medikamente

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Athletin: _____

Untersuchungsdatum: _____

Aktuelle Beschwerden

Frühere Untersuchungen

- letzte augenärztliche Kontrolle: _____
- letzte zahnärztliche Untersuchung: _____
- letzte HNO-Untersuchung: _____
- wichtige frühere Untersuchungen: _____
- letzte gynäkologische Untersuchung: _____

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Athletin: _____

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:

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Herz-Kreislauf-Funktionsprüfung

Präventiv-diagnostisch

Athletin: _____

Untersuchungsdatum: _____

Herzfrequenz in Ruhe (x/min): _____

Blutdruck in Ruhe (links / mmHg): _____

Blutdruck in Ruhe (rechts / mmHg): _____

Ruhe EKG (12 Ableitungen) _____

Echokardiographie (nur bei Auffälligkeiten)

Labor

BKS: _____ mm/h

Hkt: _____ %

Hb: _____ g/dl

Ery: _____ Mio/ μ

Leuko: _____ / μ

U-Satus: _____

Gesamtcholesterin: _____ mg/dl

HDL: _____ mg/dl

LDL: _____ mg/dl

Triglyzeride: _____ mg/dl

HbA1c: _____ mmol/mol

Harnsäure: _____ mg/dl

Kreatinin: _____ mg/dl

GPT: _____ U/l

Gamma-GT: _____ U/l

CK: _____ U/l

Kalium: _____ mmol/l

CRP: _____ mg

Ferritin: _____ μ g/dl

Calcium: _____ mmol/l

Natrium: _____ mmol/l

VERBLEIB Trainer:in / Athlet:in

Beurteilung und Empfehlungen

Athlet:in: _____

Untersuchungsdatum: _____

Beurteilungen/Empfehlungen: