



> MÄRZ 2026

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.

Im Idealfall erfolgt die Untersuchung an einem offiziellen DOSB-Untersuchungszentrum oder einer LSB-zertifizierten Untersuchungsstelle. Alternativ kann die internistisch-allgemeinmedizinische Untersuchung durch eine:n Allgemeinmediziner:in / Internist:in (wünschenswert wäre die Zusatzbezeichnung Sportmedizin oder Facharzt für Sportmedizin) erfolgen. Die muskuloskelettale Untersuchung muss durch eine Orthopäd:in / Chirurg:in oder Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (wünschenswert wäre die Zusatzbezeichnung Sportmedizin oder Facharzt für Sportmedizin) erfolgen.

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 (internistisch-allgemeinmedizinischer Teil):

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes (orthopädisch-chirurgischer Teil):

Athlet:in: _____

Geburtsdatum: _____

Der Athlet / die Athletin _____ wurde medizinisch untersucht:

☐ Erstuntersuchung

☐ Nachuntersuchung

☐ Internistisch-allgemeinmedizinisch, gemäß den Vorgaben des DLV-Untersuchungsbogens (S. 3-7),
insbesondere Blutbild und EKG

am: _____

○ DOSB-Untersuchungsstelle (Stempel/Unterschrift): _____

○ LSB-zertifizierte Untersuchungsstelle (Stempel/Unterschrift): _____

○ Durch Fachärztin/Facharzt (FA) Allgemeinmedizin/ Innere Medizin
mit Zusatzbezeichnung Sportmedizin/FA Sportmedizin (Stempel/Unterschrift): _____

Die Sporttauglichkeit für einen Einsatz in der Nationalmannschaft liegt vor JA ☐ / NEIN ☐

☐ Orthopädisch-chirurgisch, gemäß den Vorgaben des DLV-Untersuchungsbogens (S. 9-14), insbesondere die
Untersuchung des Bewegungsapparates

am: _____

○ (DOSB-Untersuchungsstelle (Stempel/Unterschrift)): _____

○ LSB-zertifizierte Untersuchungsstelle (Stempel/Unterschrift): _____

○ Durch FA Orthopädie/Chirurgie/Physikalische und Rehabilitative Medizin mit Zusatzbezeichnung Sportmedizin/
FA Sportmedizin (Stempel/Unterschrift): _____

Die Sporttauglichkeit für einen Einsatz in der Nationalmannschaft liegt vor JA ☐ / NEIN ☐

Nachuntersuchung notwendig?

☐ Internistisch-allgemeinmedizinisch

☐ orthopädisch-chirurgisch

Unterschrift Athlet:in

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, grippaler Infekt mit Herzstolpern, Herzasen)

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:

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Orthopädisch-chirurgischer 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

Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Orthopädischer Teil

Athlet:in: _____

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

Athletin: _____

Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

Auffällige Befunde:

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Bewegungsmaße nach der Neutral-Null-Methode

Athletin: _____

Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Extremitäten Untersuchungsergebnis

Athletin: _____

Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

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

Auffällige Befunde:

VERBLEIB Untersuchende Sportärztin oder untersuchender Sportarzt

Extremitäten Untersuchungsergebnis

Athletin: _____

Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Schultergelenk						
Schmerzangabe Hauptgelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Acromioclaviculargelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sternoclaviculargelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gelenkgeräusch/Gelenkreiben	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Impingement	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Instabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ellenbogengelenk						
Schmerzangabe Hauptgelenk	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Gelenkgeräusch/Gelenkreiben	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Instabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Handgelenk						
Schmerzangabe	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Instabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schwellung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Überwärmung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Finger						
Gelenkverletzungen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Bandinstabilität	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Faustschluss	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Streckung/Beugung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Deformitäten	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Schwellung	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Sonstiges	☐	☐	☐	☐	☐	☐

VERBLEIB Trainer:in / Athlet:in

Extremitäten Untersuchungsergebnis

Athlet:in: _____

Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athlet:innen und Trainer:innen:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen: