



**ÄRZTLICHE TAUGLICHKEITSUNTERSUCHUNG  
VOR DEM WETTKAMPF  
(Pre-Competition Medical Assessment PCMA)**

**SPIELERIN:**

NACHNAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_ (TAG/MONAT/JAHR)

NATIONALMANNSCHAFT: \_\_\_\_\_

STAMMVEREIN: \_\_\_\_\_

LAND DES STAMMVEREINS: \_\_\_\_\_

## 1. SPORTLICHE ANAMNESE

Spielposition  Torhüter  Verteidiger  
 Mittelfeldspieler  Stürmer

Beinigkeitsseite  links  rechts  beidseitig

Anzahl der Spiele in den letzten 12 Monaten \_\_\_\_\_

## 2. MEDIZINISCHE ANAMNESE

### 2.1 GEGENWÄRTIGE UND FRÜHERE BESCHWERDEN

<b>Allgemein</b>	<b>nein</b>	<b>ja, innerhalb der letzten 4 Wochen</b>	<b>ja, vor mehr als 4 Wochen</b>
Erkältungsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infektionen (insb. viral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatisches Fieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzeerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchfallerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysmenorrhoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amenorrhoe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsmittel- oder Insektengiftallergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelallergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Herz und Lunge</b>	<b>nein</b>	<b>innerhalb der letzten 4 Wochen in Ruhe während/nach Belastung</b>	<b>vor mehr als 4 Wochen in Ruhe während/nach Belastung</b>
Schmerzen oder Engegefühl im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Palpitationen/Arrhythmien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synkope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>nein</b>	<b>ja, innerhalb der letzten 4 Wochen</b>	<b>ja, vor mehr als 4 Wochen</b>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzgeräusch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnormes Lipidprofil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle, Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliches Anraten zur Aufgabe des Sports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schneller ermüdet als Mannschaftskameraden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ist die Spielerin schwanger?

nein

ja

seit wann? .....

Bewegungsapparat

**Schwere Verletzung**, die die eingeschränkte Teilnahme oder Abwesenheit vom Spiel/Training nach sich zieht:

<input type="checkbox"/> nein	rechts – links		letztes Auftreten
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leistenzerrung	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zerrung des M. quadriceps femoris	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zerrung der Ischiocruralmuskulatur	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kniebandverletzung	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bandverletzung im Sprunggelenk	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> andere: _____	wann? _____ (Jahr)

Für andere Verletzungen bitte Diagnose angeben: \_\_\_\_\_

**Operationen am Bewegungsapparat:**

<input type="checkbox"/> nein	rechts – links		Letzte Operation
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hüftgelenk	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leiste (wegen Pubalgie)	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kniebänder	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Meniskus oder Knorpel im Kniegelenk	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Achillessehne	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprunggelenk	wann? _____ (Jahr)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> andere Operationen	wann? _____ (Jahr)

Für andere Verletzungen bitte Diagnose angeben: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beschwerden:**

nein  ja, bitte **Lokalisation** angeben

<input type="checkbox"/> Kopf/Gesicht	<input type="checkbox"/> Schulter	rechts – links	
<input type="checkbox"/> Halswirbelsäule	<input type="checkbox"/> Oberarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hüfte
<input type="checkbox"/> Brustwirbelsäule	<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leiste
<input type="checkbox"/> Lendenwirbelsäule	<input type="checkbox"/> Unterarm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oberschenkel
<input type="checkbox"/> Brustbein/Rippen	<input type="checkbox"/> Handgelenk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Knie
<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unterschenkel
<input type="checkbox"/> Becken/Kreuzbein	<input type="checkbox"/> Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Achillessehne
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprunggelenk
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fuss, Zehen

**Aktuelle Diagnose und Therapie:**

<input type="checkbox"/> nein	rechts links		<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Operation
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pubalgie	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Operation
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ischiocrurale Zerrung	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Operation
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Quadrizeps-Zerrung	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Operation
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kniebandverletzung	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Operation
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Meniskusläsion	<input type="checkbox"/> Ruhe	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Operation

- |   |                               |   |                                    |
|---|-------------------------------|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Achillessehnen-     | <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Operation |
| tendinopathie   |                               |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bandverletzung      | <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Operation |
| im Sprunggelenk   |                               |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung | <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Operation |
|   |                               |   |                                    |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lumbalgie           | <input type="checkbox"/> Ruhe | <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Operation |

## 2.2 FAMILIENANAMNESE (MÄNNL. VERWANDTE < 55, WEIBL. VERW. < 65 JAHRE)

	nein	Vater	Mutter	Geschwister	andere
Plötzlicher Herztod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plötzlicher Kindstod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koronare Herzkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Synkopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrhythmien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herztransplantation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzoperation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrittmacher/Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marfan-Syndrom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeklärtes Ertrinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungeklärter Verkehrsunfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere (Arthritis u. a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2.3 ROUTINEMEDIKATION IN DEN LETZTEN 12 MONATEN

	nein	ja
Nichtsteroidale Antirheumatika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma-Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutdrucksenkende Mittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lipidsenker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidiabetika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrazeptiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychotrope Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**BENUTZT DIE SPIELERIN HORMONELLE METHODEN, UM IHRE MENSTRUATION FÜR WICHTIGEN WETTKÄMPFEN ZU UNTERDRÜCKEN ODER VERSCHIEBEN?**

nein

ja

seit wann? \_\_\_\_\_



## 5. HERZ-KREISLAUF-SYSTEM

- Rhythmus  normal  arrhythmisch
- Herztöne  normal  abnorm, bitte spezifizieren:  
 gespalten  
 paradox gespalten  
 3. Herzton  
 4. Herzton
- Herzgeräusche  nein  ja, bitte spezifizieren:  
 systolisch – Intensität: \_\_\_\_/6  
 diastolisch – Intensität: \_\_\_\_/6  
 Klicks  
 Veränderung bei Valsalva-Manöver  
 Veränderung bei schnellem
- Aufstehen
- Periphere Ödeme  keine  ja
- Jugularvenen (45-Grad-Lagerung)  normal  abnorm
- Hepatojugulärer Reflux  nein  ja

### **Blutgefäße**

- Periphere Pulse  palpierbar  nicht palpierbar
- Verzögerung des Femoralispulses  nein  ja
- Strömungsgeräusche  nein  ja
- Varizen  nein  ja

### **Herzfrequenz nach 5 Minuten Ruhe**

\_\_\_\_\_ /min

### **Blutdruck im Liegen nach 5 Minuten Ruhe**

- Rechter Arm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg
- Linker Arm \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg
- Knöchel \_\_\_\_ / \_\_\_\_ mmHg



Repolarisation (ST-Strecke, T-Wellen, QT-Intervall)

normal       abnorm, bitte spezifizieren:

	<u>Ableitung</u>											
	I	II	III	aVR	aVL	AVF	V1	V2	V3	V4	V5	V6
ST-Senkung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ST-Hebung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T-Abflachung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
T-Inversion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zusammenfassende Bewertung des EKG-Befunds**  normal       abnorm

**5.2 ECHOKARDIOGRAPHIE** (Normwerte für die Allgemeinbevölkerung)

\* Bitte CD-ROM/DVD mit Loops beilegen

Körperoberfläche (KOF): \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>

**Linker Ventrikel (LV)**

**Enddiastolischer Durchmesser** \_\_\_\_\_ cm  
(Normalwerte: ♀ <3,2 cm/m<sup>2</sup>, ♂ <3,1 cm/m<sup>2</sup>)

**Endsystolischer Durchmesser** \_\_\_\_\_ cm

**Enddiastolische Septumdicke** \_\_\_\_\_ cm  
(Normalwerte: ♀ <0,9 cm/m<sup>2</sup>, ♂ <1,0 cm/m<sup>2</sup>)

**Diastolische Hinterwanddicke** \_\_\_\_\_ cm  
(Normalwerte: ♀ <0,9 cm/m<sup>2</sup>, ♂ <1,0 cm/m<sup>2</sup>)

**Diastolisches LV-Volumen** \_\_\_\_\_ ml  
(Normalwerte: ♀, ♂ <75 ml/m<sup>2</sup>)

**Systolisches LV-Volumen** \_\_\_\_\_ ml  
(Normalwerte: ♀, ♂ <30 ml/m<sup>2</sup>)

**LVMMI (LV-Masse/KOF; lineare Methode)** \_\_\_\_\_ g/m<sup>2</sup>  
(Normalwerte: ♀ <95 g/m<sup>2</sup>, ♂ <115 g/m<sup>2</sup>)

**Systolische Funktion**  
Vorwärtsbewegung der Mitralklappe \_\_\_\_\_ mm

**Fraktionsverkürzung** (endokardial) \_\_\_\_\_ %  
(Normalwerte: ♀ >27 %, ♂ > 25 %)

Ejektionsfraktion (nach Simpson, biplan, oder Flächen-Längen-Methode) \_\_\_\_\_ %  
(Normalwert: ≥ 55 %)



**Regionale Wandbewegung**  normal  abnorm

**Diastolische Funktion** E-Welle \_\_\_\_\_ cm/s  
A-Welle \_\_\_\_\_ cm/s  
(E/A-Quotient) \_\_\_\_\_  
Dezelerationszeit \_\_\_\_\_ ms  
E' (Gewebe-Doppler) septal \_\_\_\_\_ cm/s  
lateral \_\_\_\_\_ cm/s  
E/E' \_\_\_\_\_

### Linker Vorhof

**Durchmesser** (M-Mode, parasternale Längsachse) \_\_\_\_\_ cm

**Fläche** (Vier-Kammer-Blick) \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup>  
(Normalwert: <20 cm<sup>2</sup>)

**Volumen** (Simpson- oder Flächen-Längen-Methode) \_\_\_\_\_ ml/m<sup>2</sup>  
(Normalwerte: ♀, ♂ <28 ml/m<sup>2</sup>)

### Rechter Vorhof/Vena cava inferior

**Fläche** (Vier-Kammer-Blick) \_\_\_\_\_ cm<sup>2</sup>  
(Normalwert: <20 cm<sup>2</sup>)

**VCI-Durchmesser** \_\_\_\_\_ cm

**Respiratorische Kaliberschwankungen der VCI**  >50 %  <50 %

### Rechter Ventrikel

**RV-Durchmesser** (Vier-Kammer-Blick, RVD 2) \_\_\_\_\_ cm (Normalwert: <3,3 cm)

**Länge von der Basis bis zur Spitze**  
(Vier-Kammer-Blick, RVD 3) \_\_\_\_\_ cm (Normalwert: <7,9 cm)

**Fac** (fraktionelle Flächenänderung) \_\_\_\_\_ % (Normalwert: > 32 %)

**TAM** (tricuspidal anterior motion –  
Vorwärtsbewegung der Trikuspidalklappe) \_\_\_\_\_ mm

**Systolischer RV/RA-Gradient** \_\_\_\_\_ mmHg

**Regionale Wandbewegung**  normal  abnorm

**Lokales Aneurysma**  nein  ja

**Hypertrophie**  nein  ja



## 6. BEWEGUNGSAPPARAT

### 6.1 WIRBELSÄULE UND BECKENSTAND

<b>Form der Wirbelsäule</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> flach		
		<input type="checkbox"/> Hyperkyphose		
		<input type="checkbox"/> Hyperlordose		
		<input type="checkbox"/> Skoliose		
<b>Beckenstand</b>	<input type="checkbox"/> gerade	_____cm tiefer	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
<b>Iliosakralgelenk</b>	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> abnorm		
<b>Kopffrotation</b>				
rechts	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
links	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
<b>Beugung der Wirbelsäule</b>				
Finger-Boden-Abstand		_____cm		

### 6.2 UNTERSUCHUNG VON HÜFTGELENK, LEISTENBEREICH UND OBERSCHENKEL

#### Beweglichkeit im Hüftgelenk

##### **Beugung** (passiv)

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt _____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt _____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

##### **Streckung** (passiv)

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt _____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> eingeschränkt _____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

##### **Innenrotation** (in 90° Beugung)

rechts	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
links	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

##### **Außenrotation** (in 90° Beugung)

rechts	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
links	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

##### **Abduktion**

rechts	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
links	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

##### **Druckempfindlichkeit bei Palpation der Leiste**

rechts	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> pubis	<input type="checkbox"/> Inguinalkanal
links	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> pubis	<input type="checkbox"/> Inguinalkanal

## Hernie

rechts  nein  ja, bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_  
links  nein  ja, bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_

## Muskulatur

### Adduktoren

rechts  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja  
links  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja

### Ischiocruralmuskeln

rechts  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja  
links  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja

### Iliopsoas

rechts  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja  
links  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja

### Rectus femoris

rechts  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja  
links  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja

### M. tensor fasciae latae (Iliotibialband)

rechts  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja  
links  normal  verkürzt schmerzhaft  nein  ja

## 6.3 UNTERSUCHUNG DES KNIEGELENKS

### Knienelenkachse

rechts  normal  genu varum  genu valgum  
links  normal  genu varum  genu valgum

### Beugung (passiv)

rechts  normal  eingeschränkt \_\_\_\_\_° schmerzhaft  nein  ja  
links  normal  eingeschränkt \_\_\_\_\_° schmerzhaft  nein  ja

### Streckung (passiv)

rechts  0°  eingeschränkt \_\_\_\_\_° schmerzhaft  nein  ja  
 Überstreckung \_\_\_\_\_°  
links  0°  eingeschränkt \_\_\_\_\_° schmerzhaft  nein  ja  
 Überstreckung \_\_\_\_\_°

### Lachman-Test

rechts  normal  +  ++  +++  
links  normal  +  ++  +++

### Vordere Schublade (Kniegelenk in 90° Beugung)

rechts  normal  +  ++  +++  
links  normal  +  ++  +++

### Hintere Schublade (Kniegelenk in 90° Beugung)

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

### Valgusstress, in Streckung

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

### Valgusstress, in 30° Beugung

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

### Varusstress, in Streckung

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

### Varusstress, in 30° Beugung

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

## 6.4 UNTERSUCHUNG VON UNTERSCHENKEL, SPRUNGGELENK UND FUSS

### Empfindlichkeit der Achillessehne

rechts	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
links	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### Vordere Schublade

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> ++	<input type="checkbox"/> +++

### Dorsalflexion

rechts	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
links	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### Plantarflexion

rechts	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
links	_____°	schmerzhaft	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

### Komplette Supination

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> erhöht
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> erhöht

### Komplette Pronation

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> erhöht
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> vermindert	<input type="checkbox"/> erhöht

### Metatarsophalangealgelenk

rechts	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologisch
links	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologisch

## 7. ZUSAMMENFASSENDE BEURTEILUNG

### Medizinische Anamnese

- Normal
- Fußballtauglichkeit gegeben, Verlaufskontrolle erforderlich  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_
- Spieleinsatz nicht empfohlen  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_

### Klinische Untersuchung

- Normal
- Fußballtauglichkeit gegeben, Verlaufskontrolle erforderlich  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_
- Spieleinsatz nicht empfohlen  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_

### Orthopädische Untersuchung

- Normal
- Fußballtauglichkeit gegeben, Verlaufskontrolle erforderlich  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_
- Spieleinsatz nicht empfohlen  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_

### 12-Kanal-Ruhe-EKG

- Normal
- Fußballtauglichkeit gegeben, Verlaufskontrolle erforderlich  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_
- Spieleinsatz nicht empfohlen  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_

### Echokardiographie

- Normal
- Fußballtauglichkeit gegeben, Verlaufskontrolle erforderlich  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_
- Spieleinsatz nicht empfohlen  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_

### Sonstige Befunde

- Normal
- Fußballtauglichkeit gegeben, Verlaufskontrolle erforderlich  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_
- Spieleinsatz nicht empfohlen  
bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_

**TAUGLICHKEIT FÜR DEN WETTKAMPF-FUSSBALL**     JA     NEIN

**8.            UNTERSUCHENDER ARZT, INSTITUTION**

Name des untersuchenden Arztes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_