



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

WETTKAMPFEBENE:

FIFA

KONFÖDERATION

NATIONAL

SPIELER:

NACHNAME: _____ VORNAME: _____

GEBURTSDATUM: _____ (TAG/MONAT/JAHR)

NATIONALMANNSCHAFT: _____

STAMMVEREIN: _____

LAND DES STAMMVEREINS: _____

1. SPORTLICHE ANAMNESE

Spielposition Torhüter Verteidiger
 Mittelfeldspieler Stürmer

Beinigkeitsart links rechts beidseitig

Anzahl der Spiele in den letzten 12 Monaten _____

2. MEDIZINISCHE ANAMNESE

2.1 GEGENWÄRTIGE UND FRÜHERE BESCHWERDEN

Allgemein	nein	ja, innerhalb der letzten 4 Wochen	ja, vor mehr als 4 Wochen
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"/>
Nahrungsmittel- oder Insektengiftallergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arzneimittelallergien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz und Lunge	nein	innerhalb der letzten 4 Wochen in Ruhe während/nach Belastung	vor mehr als 4 Wochen in Ruhe während/nach Belastung
Schmerzen oder Engegefühl im Brustkorb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Palpitationen/Arrhythmien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Andere Herzbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Synkope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	nein	ja, innerhalb der letzten 4 Wochen	ja, vor mehr als 4 Wochen
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"/>
Durchfallerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewegungsapparat

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

		rechts – links		letztes Auftreten	
<input type="checkbox"/> nein	<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:

		rechts – links		Letzte Operation	
<input type="checkbox"/> nein	<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

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

Aktuelle Diagnose und Therapie:

		rechts		links	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pubalgie	<input type="checkbox"/>	Ruhe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ischiocrurale Zerrung	<input type="checkbox"/>	Ruhe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quadrizeps-Zerrung	<input type="checkbox"/>	Ruhe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kniebandverletzung	<input type="checkbox"/>	Ruhe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meniskusläsion	<input type="checkbox"/>	Ruhe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Achillessehnen-tendinopathie	<input type="checkbox"/>	Ruhe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bandverletzung im Sprunggelenk	<input type="checkbox"/>	Ruhe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehirnerschütterung	<input type="checkbox"/>	Ruhe
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lumbalgie	<input type="checkbox"/>	Ruhe
		<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	Operation
		<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	Operation
		<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	Operation
		<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	Operation
		<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	Operation
		<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	Operation
		<input type="checkbox"/>	Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	Operation
		<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"/>
Psychotrope Arzneimittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. ALLGEMEINE KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG

Grösse: _____ cm

Gewicht: _____kg

Schilddrüse
Lymphknoten/Milz

normal

abnorm

normal

abnorm

Lunge

Perkussion

normal

abnorm

Atemgeräusche

normal

abnorm

Abdomen

Palpation

normal

abnorm

Marfan-Kriterien

keine

ja, bitte spezifizieren:

Thoraxdeformitäten

lange Arme und Beine

Plattfüsse

Skoliose

Linsenluxation

andere: _____

4. 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

4.1 12-KANAL-EKG* IM LIEGEN NACH 5 MINUTEN RUHE

* Bitte Kurvenausdruck beilegen

Herzfrequenz _____ /min

Rhythmus/Erregungsleitung normal abnorm, bitte spezifizieren:
 vorzeitige ventrikuläre Extrasystolen
 vorzeitige supraventrikuläre Extrasystolen
 supraventrikuläre Tachykardie
 ventrikuläre Arrhythmie
 Vorhofflattern/-flimmern
 Delta-Welle
 AV-Block, bitte spezifizieren:
 ersten Grades
 zweiten Grades, Typ I
 zweiten Grades, Typ II
 dritten Grades

Intervalle PQ _____ ms
 QRS _____ ms breiter in V1, V2
 QTc _____ ms

Vorhofvergrößerung nein ja, links (negativer Anteil der P-Welle in V1 $\geq 0,1$ mV tief und $\geq 0,04$ s lang)
 ja, rechts (spitze P-Welle in den Ableitungen II und III oder V1 $\geq 0,25$ mV Amplitude)

Depolarisation/QRS-Komplex

Achse normal abnorm ($\geq +120^\circ$ oder -30° bis -90°)

Voltage normal abnorm

LV-Hypertrophie nein ja

Q-Wellen normal abnorm ($>0,04$ s Dauer oder Höhe $>25\%$ der folgenden R-Welle oder QS-Muster in zwei oder mehr Ableitungen)

Schenkelblock nein ja, bitte spezifizieren:
 komplett ($>0,12$ s) links
 komplett ($>0,12$ s) rechts
 inkomplett links anterior
 inkomplett links posterior
 inkomplett rechts

R-Welle normal pathologische R- oder R'-Welle in V1 (Amplitude $\geq 0,5$ mV + R/S-Ratio ≥ 1)
 andere

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

4.2 ECHOKARDIOGRAPHIE (Normwerte für die Allgemeinbevölkerung)

* Bitte CD-ROM/DVD mit Loops beilegen

Körperoberfläche (KOF): _____ m²

Linker Ventrikel (LV)

Enddiastolischer Durchmesser _____ cm
(Normalwerte: ♀ <3,2 cm/m², ♂ <3,1 cm/m²)

Endsystolischer Durchmesser _____ cm

Enddiastolische Septumdicke _____ cm
(Normalwerte: ♀ <0,9 cm/m², ♂ <1,0 cm/m²)

Diastolische Hinterwanddicke _____ cm
(Normalwerte: ♀ <0,9 cm/m², ♂ <1,0 cm/m²)

Diastolisches LV-Volumen _____ ml
(Normalwerte: ♀, ♂ <75 ml/m²)

Systolisches LV-Volumen _____ ml
(Normalwerte: ♀, ♂ <30 ml/m²)

LVMMI (LV-Masse/KOF; lineare Methode) _____ g/m²
(Normalwerte: ♀ <95 g/m², ♂ <115 g/m²)

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) _____ cm²
(Normalwert: <20 cm²)

Volumen (Simpson- oder Flächen-Längen-Methode) _____ ml/m²
(Normalwerte: ♀, ♂ <28 ml/m²)

Rechter Vorhof/Vena cava inferior

Fläche (Vier-Kammer-Blick) _____ cm²
(Normalwert: <20 cm²)

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

Freie Wanddicke

_____ cm (Normalwert: <0,5 cm)

Herzklappen

Aortenklappe

normal

abnorm

Mitralklappe

normal

abnorm

Trikuspidalklappe

normal

abnorm

Pulmonalklappe

normal

abnorm

Abnorme Befunde spezifizieren: _____

Aortenwurzeldurchmesser (AoD, Sinus valsalvae) _____ cm

Aorta ascendens _____ cm

**Zusammenfassende Bewertung
des Echokardiographie-Befunds**

normal

abnorm

5. BLUTWERTE (NÜCHTERN)

Hämoglobin _____ mg/dl

Hämatokrit _____ %

Erythrozyten _____ mg/dl

Thrombozyten _____ mg/dl

Leukozyten _____ mg/dl

Natrium _____ mmol/l

Kalium _____ mmol/l

Kreatinin _____ µmol/l

Cholesterin (gesamt) _____ mmol/l

LDL-Cholesterin _____ mmol/l

HDL-Cholesterin _____ mmol/l

Triglyzeride _____ mmol/l

Glukose _____ mmol/l

C-reaktives Protein _____ mg/l

6. BEWEGUNGSAPPARAT

6.1 WIRBELSÄULE UND BECKENSTAND

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