

Sehr geehrte Damen und Herren,

zur Feststellung der Sporttauglichkeit messe ich in jedem Fall den Blutdruck, höre Herz und Lungen ab und schaue mir die Mundschleimhäute sowie das Trommelfell an. Außerdem taste ich am Hals nach vergrößerten Lymphknoten und mache mir ein Bild von der allgemeinen körperlichen Verfassung. Diese einfachen Untersuchungen geben eine gewisse Sicherheit, dass keine gesundheitlichen Probleme vorliegen, die beim Sport problematisch werden können. Unten aufgeführte Diagnosen oder Beschwerden in der Vorgeschichte können auf entsprechende Gefahren hindeuten und damit die Sporttauglichkeit einschränken.

Bitte seien Sie so freundlich und markieren zutreffende Diagnosen oder Beschwerden bzw. bestätigen durch Ihre Unterschrift, dass in der Vergangenheit keine der aufgeführten Krankheiten oder Beschwerden vorgelegen haben.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Bitte verwenden Sie ggf. einen an mich adressierten Briefumschlag.

In meiner Praxis besteht außerdem die Möglichkeit durch zusätzliche Untersuchungen (z.B. Blutbild, EKG und Lungenfunktionsprüfung) eine größere Sicherheit im Hinblick auf die Sportgesundheit zu bekommen. Für manche Sportarten oder Wettkämpfe ist das sogar vorgeschrieben. In manchen Fällen sind zusätzlich auch noch fachärztliche Untersuchungen zweckmäßig.

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes/Jugendlichen

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Name, Vornahme des Personensorgeberechtigten (falls abweichend bitte auch Postanschrift angeben)

Familienvorgeschichte:

Bei den Eltern und/oder Geschwistern sind folgende Krankheiten/Behinderungen bekannt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allergie | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Krankheiten |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Anfallsleiden |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Andere Krankheiten/Behinderungen – |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | welche: |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | |

Vorgeschichte des Kindes/Jugendlichen:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rheumatisches Fieber | <input type="checkbox"/> Beschwerden oder Einschränkungen in Folge von Unfällen |
| <input type="checkbox"/> Häufige Mandelentzündungen | <input type="checkbox"/> Atemnot |
| <input type="checkbox"/> Häufige Bronchitis | <input type="checkbox"/> Schwindel |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Ohnmacht |
| <input type="checkbox"/> Hautkrankheiten | <input type="checkbox"/> Zur Zeit sonstige Beschwerden welche: |
| <input type="checkbox"/> Augenkrankheiten | <input type="checkbox"/> Zur Zeit in ärztlicher Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Ohrenkrankheiten | Grund: bitte auf der Rückseite aufführen |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> Regelmäßige Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Krankheiten | welche: bitte auf der Rückseite aufführen |
| <input type="checkbox"/> Anfallsleiden | |
| <input type="checkbox"/> Angeborene Schäden/Behinderungen | |

Ich versichere, die relevanten Punkte markiert zu haben.

Datum

Unterschrift d. Personensorgeberechtigten