

---

## Ärztlicher Untersuchungsbericht für angestellte Profisportler

---

Der Untersuchungsbericht darf nicht durch Ehegatten, eingetragene Lebenspartner, Eltern oder Kinder der zu untersuchenden Person erstellt werden. Die Kosten der Untersuchung und Berichterstellung trägt der Antragsteller.

Name/Vorname	_____	Antragsdatum	_____
Geburtsdatum	_____	Vermittlernummer	_____
Ausgeübter Beruf	_____	Vermittlername	_____
Straße, Hausnummer	_____		
PLZ, Ort	_____		

---

Bitte senden Sie uns keine Ergebnisse oder Daten genetischer Untersuchungen oder Analysen zu.  
Wir möchten Sie jedoch bitten, uns bereits bestehende Beschwerden, Vorerkrankungen und Erkrankungen der Patientin/  
des Patienten anzuzeigen, unabhängig davon, durch welche Untersuchungsmethode Sie hiervon Kenntnis erlangt haben.

### 1. Allgemeinmedizinisch-internistisch

1.1 Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?  
Wenn ja, bitte Diagnose und Behandlungszeitraum angeben.

a) Atmungsorgane (z. B. Asthma, Bronchitis, hyperreagibles Bronchialsystem, Luftnot)  nein  ja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Haut (z. B. Akne, Hautpilz, Neurodermitis)  nein  ja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) HNO-Bereich (z. B. Allergien, Sinusitis, Tonsillitis)  nein  ja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Abdominalorgane (z. B. Gastritis, Leberkrankheiten)  nein  ja

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e) Harn- und Geschlechtsorgane (z. B. Nieren-Krankheiten, Zystitis)  nein  ja

---

---

f) Psyche (z. B. Schlafstörung, Depression, Leistungsdruck)  nein  ja

---

---

g) Nervensystem (z. B. Neuralgien, Parästhesien)  nein  ja

---

---

h) Sonstiges  nein  ja

---

---

## 1.2 Kardiovaskuläre Befunde

Blutdruck \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ Puls \_\_\_\_\_

Bitte legen Sie die Untersuchungsberichte der letzten kardiologischen Untersuchung bei. In jedem Fall benötigen wir ein Ruhe-/Belastungs-EKG und eine Echokardiographie.

---

---

1.3 Liegen Beschwerden vor, die Sie in Fragen 1.1 bis 1.2 nicht angeben konnten?  nein  ja

---

---

## 1.4 Laborwerte

(Bitte fügen Sie diesem ärztlichen Untersuchungsbericht den Befund - nicht älter als 6 Wochen - und die Einzelwerte eines großen Blutbildes bei.)

Name/Vorname \_\_\_\_\_

**2. Orthopädisch-chirurgisch**

2.1 Bestehen oder bestanden Krankheiten oder Beschwerden in den folgenden Bereichen?  
Wenn Sie etwas ankreuzen, bitte Befund und eventuell bereits durchgeführte Behandlung angeben.

a) Schulter/Ellenbogengelenk/Handgelenk  nein  ja

- |                                              |                                                |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bursitis            | <input type="checkbox"/> Instabilität          |
| <input type="checkbox"/> Gelenkerguss        | <input type="checkbox"/> Luxation/Subluxation  |
| <input type="checkbox"/> Impingement-Syndrom | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges           |                                                |

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Wirbelsäule  nein  ja

- |                                                                 |                                                   |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Beinlängenverkürzung/Beckenschiefstand | <input type="checkbox"/> Instabilität             |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung                 | <input type="checkbox"/> Rückenschmerzen          |
| <input type="checkbox"/> Blockierung                            | <input type="checkbox"/> Skoliose/Kyphose/Lordose |
| <input type="checkbox"/> Haltungsschwäche                       |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                              |                                                   |

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) Hüften/Leistenregion  nein  ja

- |                                                                          |                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Druck-/Bewegungsschmerz                         | <input type="checkbox"/> Hüftdysplasie                                          |
| <input type="checkbox"/> Leistenprobleme (z. B. Hernie, "weiche Leiste") | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis<br>(z. B. "Schambeinentzündung") |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                                       |                                                                                 |

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

d) Kniegelenk

nein  ja

- |                                                                         |                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bakerzyste                                     | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung                         | <input type="checkbox"/> Kniegelenkerguss                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Bursitis                                       | <input type="checkbox"/> Meniskusschaden                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Knieschmerzen                                  | <input type="checkbox"/> Instabilität                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Patellaerkrankung (z. B. Luxation/Subluxation) | <input type="checkbox"/> Verletzung des Kapsel-Bandapparats (z. B. Kreuzband, Außen-/Innenband-/Kapselruptur, Zerrung) |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                                      |                                                                                                                        |

---

---

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

---

---

e) Oberes/unteres Sprunggelenk

nein  ja

- |                                                                                     |                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bewegungseinschränkung                                     | <input type="checkbox"/> Knorpelschaden        |
| <input type="checkbox"/> Gelenkerguss                                               | <input type="checkbox"/> Sprunggelenkschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Verletzung des Kapsel-Bandapparats (z. B. Ruptur, Zerrung) | <input type="checkbox"/> Instabilität          |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                                                  |                                                |

---

---

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

---

---

f) Fuß einschließlich Achillessehne und Plantarfaszie, Zehen

nein  ja

- |                                                                                        |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Achillessehnenbeschwerden (z. B. Schwellung, Riss, Schmerzen) | <input type="checkbox"/> Fußdeformität (ggf. verordnete Einlagen?) |
| <input type="checkbox"/> Beschwerden der Zehengelenke                                  | <input type="checkbox"/> Haut-/Nagelmykose                         |
| <input type="checkbox"/> Bursitis                                                      | <input type="checkbox"/> Tendinosen/Tendinitis                     |
| <input type="checkbox"/> Druckschmerz (z. B. Tarsalgie)                                | <input type="checkbox"/> Exostose                                  |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges                                                     |                                                                    |

---

---

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

---

---

g) Muskelstatus

nein  ja

Adduktorenbeschwerden

Muskuläre Verkürzung

Muskelfaserriss

Muskuläre Dysbalance

Muskelverhärtung/Muskelkrampf

Muskelzerrung

Sonstiges

---

---

Befund/Therapie/Behandlungszeitraum

---

---

2.2 Sind Ihnen weitere Erkrankungen/Beschwerden bekannt, die nicht in Frage 2.1 a-g angegeben wurden?

nein  ja

---

---

2.3 Besteht oder bestand eine Fraktur? Bitte die genaue(n) Lokalisation(en) angeben.

nein  ja

---

---

2.4 Sind aktuell diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (z. B. Einlagen, manuelle Therapie) notwendig?

nein  ja

---

---

Datum und Unterschrift/Stempel Arzt