

# DBS-Sportgesundheitsuntersuchung für Athleten



Deutscher Behindertensportverband e.V.  
National Paralympic Committee Germany

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_ Sportart: \_\_\_\_\_

Behinderung: \_\_\_\_\_

---

**Anamnese:** Erkrankungen in der Familie: \_\_\_\_\_

Eigene gesundheitliche Angaben: \_\_\_\_\_

Aktuelle Beschwerden: \_\_\_\_\_

Einnahme von Medikamenten und Nahrungsergänzungsmitteln:

Sportanamnese: Dauer und Intensität sportlicher Aktivitäten:

**Risikofaktoren:** Nikotin  nein  ja    Adipositas  nein  ja    Fettstoffwechselstörung  nein  ja  
Bluthochdruck  nein  ja                      Diabetes mellitus  nein  ja

**Klinische Untersuchung:** Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

BMI: \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

---

**Internistischer Status:** Blutdruck \_\_\_\_\_ mm Hg, Herzfrequenz \_\_\_\_\_ /min

unauffällig,  auffälliger Befund:  Sinnesorgane,  Kopf/Hals/Rachen,  Zähne,  Schilddrüse,

Herz,  Lunge,  Abdomen,  periphere Pulse,  Reflexe,  Haut/Narben

Erläuterungen: \_\_\_\_\_

**Ruhe-EKG Befund:**  normal  
 auffällig  
 pathologisch  
 weitere Abklärung: \_\_\_\_\_

**Belastungs-EKG Befund:**  normal

Abbruch bei \_\_\_\_\_ Watt nach \_\_\_\_\_ min wegen \_\_\_\_\_



Deutscher Behindertensportverband e.V.  
National Paralympic Committee Germany

**Laboruntersuchung:** kleines Blutbild  unauffällig  auffällig:

Hb \_\_\_\_\_ g/dl

Hämatokrit \_\_\_\_\_ %

Blutzucker \_\_\_\_\_ mg/dl

Cholesterin \_\_\_\_\_ mg/dl

---

**Orthopädischer Status:** Händigkeit  rechts  links Sprungbein  rechts  links

**Voroperationen/Verletzungen:**

Schulterstand:  gerade  tief  rechts  links \_\_\_\_\_ cm

Finger-Boden-Abstand: \_\_\_\_\_ cm

Beckenstand:  gerade  tief  rechts  links \_\_\_\_\_ cm

Skoliose:  nein  ja

unauffällig  auffälliger Befund:  Wirbelsäule/Rumpf  Achsenfehlstellungen  Fußdeformitäten

Schulter  Ellenbogen  Hand/Finger  Hüfte  Knie  Sprunggelenk  Muskulatur

**Erläuterungen:**

---

**Ergebnis der Untersuchungen:**  sporttauglich ohne Einschränkungen

sporttauglich mit Einschränkungen  nicht sporttauglich, weitere Abklärung erforderlich

**Begründung:**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel Arzt: \_\_\_\_\_

---

Die Bescheinigung der Sporttauglichkeit hat ab Ausstellungsdatum eine Gültigkeit von 12 Monaten.