



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen für Spielerinnen und Spieler der Jugend-Bundesliga

Stand: 3/2020



Bescheinigung

über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes

Spielername:

Geburtsdatum: _____

Der Spieler/die Spielerin _____, geb. am/in _____
wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz in der Jugend-Bundesliga

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz in der Jugend-Bundesliga

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/in

Unterschrift Klub

Unterschrift Arzt/Ärztin (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der Spieler/die Spielerin _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz in der Jugend-Bundesliga

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz in der Jugend-Bundesliga

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/in

Unterschrift Klub

Unterschrift Arzt/Ärztin (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Bescheinigung

über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der Spieler/die Spielerin _____, geb. am/in _____
wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz in der Jugend-Bundesliga

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz in der Jugend-Bundesliga

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/in Unterschrift Klub Unterschrift Arzt/Ärztin (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Bescheinigung über die sportmedizinische Untersuchung

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder
des untersuchenden Sportarztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Der Spieler/die Spielerin _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Internistisch-allgemeinmedizinisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Orthopädisch-chirurgisch

am: _____

durch die Ärztin/den Arzt (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)

durch (fachärztliche Untersuchungsstelle): _____

Die VBG-Präventivdiagnostik wurde durchgeführt.

Der Functional Movement Screen wurde durchgeführt.

Beurteilung der Untersuchungsergebnisse durch die Ärztin/den Arzt mit der Zusatzbezeichnung Sportmedizin

Keine Bedenken gegen den Einsatz in der Jugend-Bundesliga

Gesundheitliche Bedenken gegen den Einsatz in der Jugend-Bundesliga

NACHUNTERSUCHUNG (Monat/Jahr): _____

Unterschrift Spieler/in

Unterschrift Klub

Unterschrift Arzt/Ärztin (Zusatzbezeichnung Sportmedizin)



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes

Spielernamen:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Der Spieler/die Spielerin _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Klub: _____

Spielerdaten:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sprungbein: _____

Händigkeit: _____



Orthopädisch-chirurgische Anamnese

Orthopädisch-chirurgischer Teil

Spielernamen: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Krankenhausaufenthalte (vollständig/zeitlich geordnet):

Operationen (vollständig/zeitlich geordnet):

Unfälle (vollständig/zeitlich geordnet):

Bemerkungen:



Rumpf Untersuchungsergebnis

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.
Wirbelsäule			
Klopfschmerz			
Druckschmerz			
Kyphose/Skoliose			
Abstand Fingerkuppen – Fußboden	_____ cm		
Schober-Zeichen L1–L5 (15–10–8 cm)	_____ cm		
Ott-Zeichen (15–10–8 cm 32–30–27 cm)			
Sonstiges			
Rückenmuskulatur			
Bauchwand (Leistenhernie)			
Rumpfmuskulatur			
Beinlängendifferenz	_____ cm		
Iliosakralgelenk			
Hypermobile Gelenke	J	N	
Sonstiges			

Auffällige Befunde:



Bewegungsmaße nach Neutral-Null-Methode

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Hüftgelenk						
Strecken/Beugen (10–0–130)						
Abspreizen/Anspreizen (40–0–30)						
Auswärts-/Einwärtsdrehen 90° (40–0–35)						
Kniegelenk						
Strecken/Beugen (0–0–140)						
Sprunggelenk						
Strecken/Beugen (20–0–40)						
Schulter						
Abspreizen/Anspreizen (180–0–40)						
Rück-/Vorheben (40–0–170)						
Auswärts-/Einwärtsdrehen 90° (50–0–90)						
Ellenbogen						
Strecken/Beugen (10–0–135)						
Auswärts-/Einwärtsdrehen (80–0–80)						
Handgelenk						
Heben/Senken (60–0–60)						
ellenwärts/speichenwärts (20–0–30)						

HWS (Kopf)		
Vor-/Rück-Neigung (40–0–60)		
Rechts-/Links-Neigung (40–0–40)		
Rechts-/Links-Drehung (80–0–80)		
Rumpf/LWS		
Rechts-/Links-Neigung (40–0–40)		
Rechts-/Links-Drehung (50–0–50)		



Extremitäten Untersuchungsergebnis

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Beinachse funktionell						
Beinachse O-/X-Bein						
Hüftgelenk						
Impingementzeichen						
Trochanter Problematik						
Kniegelenk						
Schwellung/Erguss						
Patella/Patellasehne						
Innenband/Außenband						
vorderes/hinteres Kreuzband						
Meniskus (innen/außen)						
Gelenkgeräusch						
Sonstiges						
Sprunggelenk/Fuß						
Bandinstabilität						
Gelenkgeräusch						
Fußdeformitäten						
Zehendeformitäten						
Muskulatur Beine						
Sehnen (Achillessehne)						
Hauterkrankungen Nägel/Pilze						
Sonstiges						

Auffällige Befunde:



Extremitäten Untersuchungsergebnis

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	Links Handlungsbedarf			Rechts Handlungsbedarf		
	o.B.	diagn.	therap.	o.B.	diagn.	therap.
Schultergelenk						
Schmerzangabe Hauptgelenk						
Acromioclaviculargelenk						
Sternoclaviculargelenk						
Gelenkgeräusch/Gelenkreiben						
Impingement						
Instabilität						
Sonstiges						
Ellenbogengelenk						
Schmerzangabe Hauptgelenk						
Gelenkgeräusch/Gelenkreiben						
Instabilität						
Sonstiges						
Handgelenk						
Schmerzangabe						
Instabilität						
Schwellung						
Überwärmung						
Sonstiges						
Finger						
Gelenkverletzungen						
Bandinstabilität						
Faustschluss						
Streckung/Beugung						
Deformitäten						
Schwellung						
Sonstiges						

24-11-6153-3 | VBG 2020



Hinweise und Maßnahmen

Spielname: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athleten und Athletinnen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:

Hinweise und Maßnahmen



Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Hinweise für Athleten und Athletinnen, Trainer/-innen und Verbandsärztin/-arzt:

Präventive oder therapeutische Maßnahmen:



Sportmedizinischer Untersuchungsbogen

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Name und Anschrift der untersuchenden Sportärztin oder des untersuchenden Sportarztes

Spielername:

Geburtsdatum:

Untersuchungsdatum:

Der Spieler/die Spielerin _____, geb. am/in _____

wurde medizinisch untersucht:

ERSTUNTERSUCHUNG

NACHUNTERSUCHUNG

Klub: _____

Spielerdaten:

Anschrift: _____

Nationalität: _____

Sportart: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Sprungbein: _____

Händigkeit: _____

Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil



Spielname: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Sportanamnese (z.B. Anzahl der Trainingsjahre, Trainingsstunden pro Woche, Spielposition):

Krankheitsanamnese (z.B. Kinderkrankheiten, frühere Krankheiten der inneren Organe und Sinnesorgane, besondere Infektionskrankheiten, Allergien, sonstige Erkrankungen, Schwindelattacken, Synkopen, pektanginöse Beschwerden, grippaler Infekt mit Herzstolpern, Herzrasen):

Familienanamnese (z.B. „plötzlicher Herztod“):

Impfstatus (z.B. Tetanus, Polio, Diphtherie, Hepatitis A und B):

Medikamente:

Frühere Untersuchungen:

letzte augenärztliche Kontrolle: _____

letzte zahnärztliche Untersuchung: _____

letzte HNO-Untersuchung: _____

wichtige frühere Untersuchungen: _____

Internistisch-allgemeinmedizinische Anamnese

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil



Spielname: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Aktuelle Beschwerden (z.B. Schmerzen, Luftnot, Pulsunregelmäßigkeiten, Schwindel, Husten, Auswurf, Gewichtsveränderungen, Appetitstörungen, Schlafstörungen, Auffälligkeiten beim Wasserlassen und Stuhlgang):



Allgemeinbefund/Auffälligkeiten

Internistisch-allgemeinmedizinischer Teil

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Körpergröße (cm): _____

Körpergewicht (kg): _____

Lymphknoten: _____

Sinnesorgane: _____

Nasen-/Rachenraum: _____

Zähne (Zahnfleischbluten, fehlende Zähne, Schmerzen): _____

Halsregion: _____

Thorax (Inspektion): _____

Herz: _____

Lunge: _____

Abdominalorgane (einschl. Nierenlager): _____

Gefäßsystem (Arterienpuls, Gefäßgeräusche, Venensystem): _____

Haut: _____

Nervensystem: _____

Bemerkungen:



Herz-Kreislauf-Funktionsprüfung

Präventiv-diagnostisch

Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Herzfrequenz in Ruhe: _____ /min

Blutdruck in Ruhe (links): _____ mmHg

Blutdruck in Ruhe (rechts): _____ mmHg

Ruhe-EKG (12 Ableitungen): _____

Beurteilung:



Beurteilungen und Empfehlungen

Spielname: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Beurteilungen/Empfehlungen:

Beurteilungen und Empfehlungen



Spielername: _____ Geburtsdatum: _____ Untersuchungsdatum: _____

Beurteilungen/Empfehlungen:

Herausgeber:



VBG

**Ihre gesetzliche
Unfallversicherung**

www.vbg.de

Massaquoiassage 1

22305 Hamburg

Postanschrift: 22281 Hamburg

Artikelnummer: 24-11-6153-3

Realisation:

Jedermann-Verlag GmbH

www.jedermann.de

Fotos:

© SCIEPRO, gettyimages

Version 2.1/2020-03

Der Bezug dieser Informationsschrift ist für Mitglieds-
unternehmen der VBG im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Wir sind für Sie da!

www.vbg.de

Kundendialog der VBG: 040 5146-2940

Notfall-Hotline für Beschäftigte im Auslandseinsatz:

+49 40 5146-7171

Service-Hotline für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz:

0180 5 8247728 (0,14 €/Min. aus dem Festnetz, Mobilfunk max. 0,42 €/Min.)

Für Sie vor Ort – die VBG-Bezirksverwaltungen:

Bergisch Gladbach

Kölner Straße 20
51429 Bergisch Gladbach
Tel.: 02204 407-0 · Fax: 02204 1639
E-Mail: BV.BergischGladbach@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 02204 407-165

Berlin

Markgrafenstraße 18 · 10969 Berlin
Tel.: 030 77003-0 · Fax: 030 7741319
E-Mail: BV.Berlin@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 030 77003-128

Bielefeld

Nikolaus-Dürkopp-Straße 8
33602 Bielefeld
Tel.: 0521 5801-0 · Fax: 0521 61284
E-Mail: BV.Bielefeld@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0521 5801-165

Dresden

Wiener Platz 6 · 01069 Dresden
Tel.: 0351 8145-0 · Fax: 0351 8145-109
E-Mail: BV.Dresden@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0351 8145-167

Duisburg

Wintgensstraße 27 · 47058 Duisburg
Tel.: 0203 3487-0 · Fax: 0203 2809005
E-Mail: BV.Duisburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0203 3487-106

Erfurt

Koenbergstraße 1 · 99084 Erfurt
Tel.: 0361 2236-0 · Fax: 0361 2253466
E-Mail: BV.Erfurt@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0361 2236-439

Hamburg

Sachsenstraße 18 · 20097 Hamburg
Tel.: 040 23656-0 · Fax: 040 2369439
E-Mail: BV.Hamburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 040 23656-165

Ludwigsburg

Martin-Luther-Straße 79
71636 Ludwigsburg
Tel.: 07141 919-0 · Fax: 07141 902319
E-Mail: BV.Ludwigsburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 07141 919-354

Mainz

Isaac-Fulda-Allee 3 · 55124 Mainz
Tel.: 06131 389-0 · Fax: 06131 389-410
E-Mail: BV.Mainz@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 06131 389-180

München

Barthstraße 20 · 80339 München
Tel.: 089 50095-0 · Fax: 089 50095-111
E-Mail: BV.Muenchen@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 089 50095-165

Würzburg

Riemenschneiderstraße 2
97072 Würzburg
Tel.: 0931 7943-0 · Fax: 0931 7842-200
E-Mail: BV.Wuerzburg@vbg.de
Seminarbuchung unter
Tel.: 0931 7943-407

VBG-Akademien für Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz:

Akademie Dresden

Königsbrücker Landstraße 2
01109 Dresden
Tel.: 0351 88923-0 · Fax: 0351 88349-34
E-Mail: Akademie.Dresden@vbg.de
Hotel-Tel.: 030 13001-29500

Akademie Gevelinghausen

Schlossstraße 1 · 59939 Olsberg
Tel.: 02904 9716-0 · Fax: 02904 9716-30
E-Mail: Akademie.Olsberg@vbg.de
Hotel-Tel.: 02904 803-0

Akademie Lautrach

Schlossstraße 1 · 87763 Lautrach
Tel.: 08394 92613 · Fax: 08394 1689
E-Mail: Akademie.Lautrach@vbg.de
Hotel-Tel.: 08394 910-0

Akademie Ludwigsburg

Martin-Luther-Straße 79
71636 Ludwigsburg
Tel.: 07141 919-181 · Fax: 07141 919-182
E-Mail: Akademie.Ludwigsburg@vbg.de

Akademie Mainz

Isaac-Fulda-Allee 3 · 55124 Mainz
Tel.: 06131 389-380 · Fax: 06131 389-389
E-Mail: Akademie.Mainz@vbg.de

Akademie Storkau

Im Park 1 · 39590 Tangermünde
Tel.: 039321 531-0 · Fax: 039321 531-23
E-Mail: Akademie.Storkau@vbg.de
Hotel-Tel.: 039321 521-0

Akademie Untermerzbach

ca. 32 km nördlich von Bamberg
Schlossweg 2 · 96190 Untermerzbach
Tel.: 09533 7194-0 · Fax: 09533 7194-499
E-Mail: Akademie.Untermerzbach@vbg.de
Hotel-Tel.: 09533 7194-100



Seminarbuchungen:

online: www.vbg.de/seminare

telefonisch in Ihrer VBG-Bezirksverwaltung

Bei Beitragsfragen:

Telefon: 040 5146-2940

www.vbg.de/kontakt

VBG – Ihre gesetzliche Unfallversicherung

Massaquoiassage 1 · 22305 Hamburg
Tel.: 040 5146-0 · Fax: 040 5146-2146

Sichere Nachrichtenverbindung:

www.vbg.de/kontakt