



VIENNA CELTIC RFC

Allg. Sporttauglichkeitsuntersuchung

<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		Name:	
Name:		Stempel	
Adresse:			
Geburtsdatum:			
Verein: <u>Vienna Celtic RFC</u>		Unterschrift:	
Sportart: <u>Rugby</u>		Untersuchungsdatum:	
Für den Wettkampfsport		*Begründung:	
<input type="checkbox"/> Tauglich <input type="checkbox"/> Untauglich*		*zeitliche Begrenzung:	
Familienanamnese	Relevante Erkrankungen / Verletzungen	Medikamente / Allergie	
Herz-Kreislaufisiko	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
RR.../...mmHg	Puls...../min	Gewicht.....kg	Größe.....cm
			BMI.....kg/m ²

Internistisch			
	Auffällig	Unauffällig	Auffälliger Befund:
Herz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abklärung bzw. Kontrolle wegen:
		
Orthopädisch			
	Auffällig	Unauffällig	Auffälliger Befund:
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Untere Extremität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abklärung bzw. Kontrolle wegen:
		
Sonstige Befunde			
	Auffällig	Unauffällig	Auffälliger Befund:
HNO (Hören)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augen (Sehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurol./Psych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abklärung bzw. Kontrolle wegen:
		
EKG	Bemerkungen:		
<input type="checkbox"/> Auffällig		
<input type="checkbox"/> Unauffällig		