

LSB SMU

Datum:.....

Name, Vorname:.....

Jahrgang:.....

Verein:.....

Anzahl Trainingsjahre:..... Trainingseinheiten pro Woche.....

Trainingsstunden pro Woche.....

Name/Telefon/Mail Physiotherapeut/in:.....

.....

Name/Telefon/Mail Mannschaftsärztin/arzt:.....

.....

.....

Sportmedizinische Untersuchung „SMU“: im Verein: Ja Nein:.....

Im Verband: Ja Nein Jahr..... Privat beim Sportarzt: Ja Nein Jahr:.....

Regelmäßige Physiotherapie im Verein: Ja Nein Privat: Ja Nein

Regelmäßiges Krafttraining im Verein: Ja Nein Im Fitnessstudio: Ja Nein

Letztes Training:..... Letzter Wettkampf:.....

Verletzungen im letzten Jahr/seit letzter Untersuchung Ja Nein Wenn ja bitte Datum

und Art der Verletzung angeben:.....

.....

.....

Operationen seit Geburt/seit letzter Untersuchung Ja Nein

Wenn ja, welche OP und Datum der OP:.....

.....

.....

Chronische Erkrankungen: Ja Nein, wenn ja, welche.....

Allergie: Ja Nein wenn ja, welche:.....

Aktuelle Beschwerden:.....

.....

.....

Regelmäßige Zahnarztkontrolle: Ja Nein Letzter Zahnarztbesuch:.....

Impfweis vorgelegt: Ja Nein Impfschutz vollständig: Ja Nein

Trägst du Einlagen: Ja Nein Falls ja: im Alltag im Training im Spiel

Brillenträger/in: Ja Nein Trägst du Kontaktlinsen im Training/Spiel: Ja Nein

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: Ja Nein

Falls ja, welche Medikamente:.....

.....

.....

Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln (NEM): Ja Nein

Falls ja, welche NEM.....

.....

.....

Nahrungsmittelunverträglichkeit: Ja Nein wenn ja, welche:.....

.....

Ernährung: Mischkost Vegetarisch Vegan

Regelmäßige Blutuntersuchung: Ja Nein Letzte Blutentnahme:.....

Periode regelmäßig: Ja Nein Mit Schmerzen: Ja Nein

Mit Medikamenten Ja Nein Wenn Ja, welche Medikamente.....

.....

Dopingaufklärung hat stattgefunden: Ja Nein NADA2go installiert: ja nein