

**Globality Health**  
**1A, rue Gabriel Lippmann**  
**L-5365 Munsbach**

**Sportärztlicher Untersuchungsbericht**

**Hinweis an den Arzt:** Bitte im Bericht die Fragen nicht mit Strichen beantworten, vollständig ausfüllen!  
 Die Kosten der Untersuchung trägt der Versicherungsnehmer / Versicherte / Interessent.

**I. Internistisch-Allgemeinmedizinischer Teil**  
 (vom Internisten bzw. Allgemeinmediziner auszufüllen)

**II. Orthopädisch-Chirurgischer Teil**  
 (vom Orthopäden bzw. Chirurgen auszufüllen)

Sportart		Verein	
Name		Vorname	
Nationalität	Geburtsdatum		Geburtsort
Anschrift			

**I. Internistisch-Allgemeinmedizinischer Teil**

<b>Sportanamnese</b> (Anzahl der Trainingsjahre, Trainingsstunden pro Woche, Spielposition)
<b>Krankheitsanamnese</b> (z. B. Allergien, körperliche Auffälligkeiten, Anomalien – außer Bewegungsapparat)
<b>Medikamente</b> (eingenommene und angewandte Medikamente; Zeitraum: die letzten sechs Monate bis heute)
<b>Aktuelle Beschwerden</b> (außer Bewegungsapparat)

**Allgemeinbefund** (Auffälligkeiten, ohne Haltungs- und Bewegungsorgane)

Körpergröße (cm)	Körpergewicht (kg)		Sinnesorgane
Nasen-/Rachenraum		Halsregion	
Thorax (Inspektion)		Herz (bei Auffälligkeiten: Vorl. Ergebn. Farbdopplerechokardiographie)	
Lungen (bei Auffälligkeiten: Vorlage Lungenfunktionsprüfung)		Gefäßsystem (Arterienpulse, Gefäßgeräusche, Venensystem)	
Haut		Nervensystem	
Abdominalorgane (einschl. Nierenlager)		Sonographie Abdominalorgane (Leber, Niere, Milz, Gallenblase, Pankreas)	

**Postanschrift**  
 L-5365 Munsbach  
 1A, rue Gabriel Lippmann  
 www.globality-health.com  
 contact@globality-health.com

**Bankverbindung**  
 BGL BNP Paribas  
 IBAN: LU090030309301020000  
 BIC Code: BGLULLL

**Globality S.A.**  
 Verwaltungsrat: Richard Bader (Chairman), Anja Berner,  
 Dr. Johann-Dietrich von Hülsen, Dr. Rasmus Schlömer  
 Handelsregister (R.C.S. Luxembourg): B 134.471  
 VAT: LU22284578

<b>Bemerkungen</b>
--------------------

**Herz-Kreislauf-Funktionsprüfung**

Herzfrequenz in Ruhe (pro Min)	
Blutdruck in Ruhe (im Liegen) li. (mm Hg)	re. (mm Hg)
<b>Ruhe-EKG</b> (12 Ableitungen); Bitte Befundergebnis mitteilen	
<b>Belastungs-EKG</b> (mind. 3 Ableitungen); Bitte Befundergebnis mitteilen	

<b>Weitere internistische apparative und bildgebende Untersuchungen</b> (z. B. Lungenfunktion, Sonographien, CT/MR – falls durchgeführt)
--

<b>Laboruntersuchung (Nüchternabnahme; Befunde mit Referenzwerten beifügen)</b> > Kleines Blutbild (Erythrozyten, Hämatokrit, Hämoglobin, MCV, Leukozyten) – 3550, > PTT – 3605, > Quick 3607, > Cholesterin – 3562, > HDL-Cholesterin – 3563, > LDL-Cholesterin – 3564, > Triglyceride – 3565, > Harnsäure – 3583, > Kreatinin – 3585, > Alkalische Phosphatase – 3587, > Gamma-GT – 3592, GOT – 3594, > GPT – 3595, > HbA1 oder HbA1c – 3561, > Blutzucker nüchtern - 3560, > CRP – 3741, > HBs-Antigen – 4381, > Antikörper gegen HCV – 4406, > TSH –4030
--

<b>Urinstatus</b>			
Eiweiß	Blut	Zucker	Sediment

Beurteilung
Welche Untersuchungen/diagnostischen Maßnahmen sind geplant?

**Untersuchung durchgeführt am** \_\_\_\_\_

--

Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift untersuchender Arzt

**Postanschrift**  
 L-5365 Munsbach  
 1A, rue Gabriel Lippmann  
 www.globality-health.com  
 contact@globality-health.com

**Bankverbindung**  
 BGL BNP Paribas  
 IBAN: LU090030309301020000  
 BIC Code: BGLLLLULL

**Globality S.A.**  
 Verwaltungsrat: Richard Bader (Chairman), Anja Berner,  
 Dr. Johann-Dietrich von Hülsen, Dr. Rasmus Schlömer  
 Handelsregister (R.C.S. Luxembourg): B 134.471  
 VAT: LU22284578

## II. Orthopädisch-Chirurgischer Befundbericht

Name	Vorname	
Anschrift		Geburtsdatum

### 1. Anamnese

a) Liegen Erkrankungen, d. h. von der Norm abweichende Veränderungen des Bewegungsapparates, vor? (z. B. Patelladysplasie, Bandscheibenerkrankungen)
b) Sind Verletzungen, Unfälle bekannt?
c) Welche Behandlungen (OPs s. u.) wurden bzw. werden für unter a) und b) genannten Veränderungen durchgeführt? (bitte Zeitraum und Umfang der Behandlung angeben)
d) Sind Operationen durchgeführt worden? (bitte OP-Bericht/e beifügen)
e) Sind weitere Operationen geplant? (z. B. Materialentfernung)

Führten die o. g. Verletzungen, Unfälle, Operationen zu einer Arbeitsunfähigkeit bzw. Unterbrechung des Trainings/Spielfähigkeit von mehr als zehn Tagen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Bitte geben Sie die jeweilige Diagnose und den Zeitraum an	von	bis
Diagnose		

Falls bildgebende Dokumentation (Sono, Röntgen, CT, MRT/MRI etc.) erfolgte, bitte Befundkopie beilegen

### 2. Orthopädisch-Chirurgischer Befund

a) Inspektions- und Palpationsbefund des Bewegungsapparates			
b) Muskelfunktionstestung nach Janda (sofern pathologisch)			
c) Wirbelsäule/Becken Besonderheiten (z. B. Narben) HWS:	BWS:	LWS:	ISG:

**Postanschrift**  
L-5365 Munsbach  
1A, rue Gabriel Lippmann  
www.globality-health.com  
contact@globality-health.com

**Bankverbindung**  
BGL BNP Paribas  
IBAN: LU090030309301020000  
BIC Code: BGLLLULL

**Globality S.A.**  
Verwaltungsrat: Richard Bader (Chairman), Anja Berner,  
Dr. Johann-Dietrich von Hülsen, Dr. Rasmus Schlömer  
Handelsregister (R.C.S. Luxembourg): B 134.471  
VAT: LU22284578

d) Untere Extremitäten

Hüftgelenke (Besonderheiten z. B. pathologische Funktionstests)	
Kniegelenke (Tastbefund Schwellung/Erguss/Druckschmerz) li.	re.
Stabilitätsprüfung des Bandapparates (z. B. Lachmantest) li.	re.
Patellafunktion (z. B. Zohlenzeichen) li.	re.

<b>Sprunggelenk/Fuß</b>			
Tastbefund li.	re.	Bandapparat li.	re.
Fußform li.	re.	Zehendeformität (sof. vorliegend) li.	re.
Besonderheiten (z. B. Nagel-Pilzerkrankungen)			

e) Obere Extremitäten

<b>Schultergelenke/Acromioclaviculargelenke/Sternoclaviculargelenke</b>	
Funktions- (z. B. Schürzen- und Nackengriff) und Stabilitätstestung (z. B. Apprehensionstest) li.	re.

<b>Ellenbogengelenke</b>			
Tastbefund, z.B. Epikondylitistest li.	re.	Funktions- und Stabilitätstest (z.B. Stresstest) li.	re.
Motorische Funktionsprüfung (z. B. Spitzgriff, Schlüsselgriff) li.	re.	Stabilitätsprüfung (z. B. Skidaumen) li.	re.
Nervenkompressionstest (z. B. Hoffmann-Tinel-Zeichen) li.	re.		

Beurteilung
Welche Untersuchungen/diagnostischen Maßnahmen sind geplant?

Untersuchung durchgeführt am \_\_\_\_\_

Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift untersuchender Arzt

**Postanschrift**  
L-5365 Munsbach  
1A, rue Gabriel Lippmann  
www.globality-health.com  
contact@globality-health.com

**Bankverbindung**  
BGL BNP Paribas  
IBAN: LU090030309301020000  
BIC Code: BGLULLL

**Globality S.A.**  
Verwaltungsrat: Richard Bader (Chairman), Anja Berner,  
Dr. Johann-Dietrich von Hülsen, Dr. Rasmus Schlömer  
Handelsregister (R.C.S. Luxembourg): B 134.471  
VAT: LU22284578