

Ärztliche Untersuchung

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geschlecht: männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐

Name der Schule: _____

Anamnese:

Aktuelle Beschwerden			
Relevante Vorerkrankungen			
Verletzungen/Operationen			
Allergien		Medikamente	

Allgemeinstatus

Größe		Gewicht	
Blutdruck	RR / mmHg	Puls	

Klinische Untersuchung

Körperregion	Unauffällig	Auffällig, wenn ja: was
Kopf		
Hals		
Thorax (Cor, Pulmo)		
Peripherer Kreislauf		
Abdomen		
Wirbelsäule		
Becken		
Obere Extremität		
Untere Extremität		
Nervensystem		
Sinnesorgane		
Gleichgewicht		
Motorik		
Sensorik		

Abklärung / Kontrolle wegen: _____

- ☐ Aus ärztl. Sicht besteht die körperliche Eignung zur Teilnahme an der Aufnahmetestung.
☐ Aus ärztl. Sicht besteht **keine** körperliche Eignung zur Teilnahme an der Aufnahmetestung.

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Ärztin/des Arztes