



**Bund Deutscher Faustkämpfer e.V.**  
Glauburg-Straße 3 | D-63695 Glauburg  
Telefon: 0049-(0)6185-8590215  
E-Mail: info@bdf-boxen.de  
Internet: <http://www.bdf-boxen.de>

## Eingangsunteruchung zur Erstlizenzierung

**Umfassende sportmedizinische Tauglichkeitsuntersuchung mit ausführlicher körperlicher Untersuchung des Boxers, die folgende Punkte beinhalten:**

1. Vorgeschichte / Kampfanamnese des Boxers
2. Bewegungsapparat
3. Sinnesorgane
4. Nervensystem
5. Blutbild, klinische Chemie, Virusserologie  
(mit Bestimmung von Hepatitis A, B und C sowie HIV  
→ bei positiver Hepatitis Serologie, Vorlage einer PCR zur Bestimmung der Viruslast)
6. Urinuntersuchung
7. EKG
8. Schädel – MRT (wenn möglich Angio – MRT)
9. bei Frauen: zusätzlich einmalige Vorlage einer Geschlechtsbestimmung

## Jahreshauptuntersuchung (JHU)

1. Vorgeschichte / Kampfanamnese des Boxers
2. Bewegungsapparat
3. Sinnesorgane
4. Nervensystem
5. Blutbild, klinische Chemie, Virusserologie  
(mit Bestimmung von Hepatitis A, B und C sowie HIV  
→ bei positiver Hepatitis Serologie, Vorlage einer PCR zur Bestimmung der Viruslast)
6. Urinuntersuchung
7. EKG
8. bei Frauen: bei bevorstehendem Kampf ist die Vorlage eines Schwangerschaftstests erforderlich

**Den beigefügten Bogen zur JHU (6 Seiten) komplett ausfüllen und ihn inklusive aller Befunde per Post an die Geschäftsstelle des BDF schicken.**

Bei zeitlichen Problemen besteht die Möglichkeit diese Unterlagen vorab per E-mail an [info@bdf-boxen.de](mailto:info@bdf-boxen.de) zu senden.



**Bund Deutscher Faustkämpfer e.V.**  
Glauburg-Straße 3 | D-63695 Glauburg  
Telefon: 0049-(0)6185-8590215  
E-Mail: info@bdf-boxen.de  
Internet: <http://www.bdf-boxen.de>

Ich erteile mein Einverständnis zur Sportärztlichen Untersuchung, zur Speicherung der erhobenen Daten und deren Nutzung. Zu wissenschaftlichen Zwecken sind meine Daten so zu verändern, dass kein Bezug zwischen Ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die ärztlichen Mitarbeiter der Untersuchungsstelle, für den von mir im Untersuchungsbogen genannten Manager/ Trainer und des Vertrauensarzt des BDF e.V. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten durch diesen Benutzerkreis bedarf meiner Genehmigung.

|          |                      |       |
|----------|----------------------|-------|
| .....    | .....                | ..... |
| Boxer/in | Ort der Untersuchung | Datum |

## Persönliche Daten

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Straße Nr.: .....  
Wohnort: .....  
Tel. ....

Hausarzt: .....  
Str. Nr. ....  
Wohnort: .....

## Training und Wettkampf

Berufsboxer seit: .....  
Manager/ Trainer: .....  
Straße Nr. ....  
Wohnort: .....

Vertrauensarzt: .....  
Straße Nr.: .....  
Wohnort: .....

Amateurlkämpfe: .....  
Profikämpfe: .....

KO Niederlagen: .....

Wie viele Jahre trainieren Sie: .....

Wie oft trainieren sie wöchentlich: .....

Wie viele Stunden trainieren sie wöchentlich: .....

Körpergröße in cm: .....

Körpergewicht in kg: .....

Anamnese/ Zwischenanamnese seit Untersuchung vom: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Behandlung wenn ja durch wen: .....

Raucher: Ja Nein

Alkohol: Ja Nein

Medikamente: Ja Nein

Bemerkung:  
.....  
.....  
.....

### Allgemeinbefund

Sinnesorgane auffällig: Ja Nein

Bemerkung:  
.....  
.....

Visus: rechts: ..... links: .....

Bemerkung:  
.....  
.....

Zähne auffällig: Ja Nein

Bemerkung:  
.....  
.....

Lunge auffällig: Ja Nein  
Bemerkung:  
.....  
.....

Herz/ Kreislauf auffällig: Ja Nein  
Bemerkung:  
.....  
.....

HF Rhythmisch: Ja Nein  
Bemerkung:  
.....  
.....

Blutdruck im Liegen (Ruhe) syst. .... diast. ....  
Bemerkung:  
.....  
.....

Periph. Venensystem auffällig: Ja Nein  
Bemerkung:  
.....  
.....

Eigenrefelxe auffällig: Ja Nein

Romberg positiv: Ja Nein

Laborbefunde AIDS Test  
BKS .....  
Großes Blutbild Hb in g % .....  
Ery in Mio .....  
MCH .....

Leukozyten .....  
Differential-Blutbild (bei Leukozyten unt. 4000/üb 10.000  
und spezieller Diagnose) path. Ja Nein

|                       |       |      |  |
|-----------------------|-------|------|--|
| Gamma GT in U/l       | ..... |      |  |
| GPT in U/l            | ..... |      |  |
| Kreatin in mg %       | ..... |      |  |
| Urin/ Eiweiß negativ: | Ja    | Nein |  |
| Zucker negativ:       | Ja    | Nein |  |
| Nitrite negativ:      | Ja    | Nein |  |
| Sedimente             |       |      |  |
| .....                 |       |      |  |
| .....                 |       |      |  |

|                                   |       |        |        |
|-----------------------------------|-------|--------|--------|
| Zusätzliche Blut- u. Urinbefunde: | ..... |        |        |
|                                   | pos.  | Neg.   |        |
| HAV-AB:                           |       |        |        |
| Hbs-AG:                           |       |        |        |
| Hc-v:                             |       |        |        |
| Anti Hbc Titer                    | ..... |        |        |
| Anti Hbc Titer                    | ..... |        |        |
| Lactat-Schwellenaustestung        | Ja    | Nein   |        |
| Befund Lactatschwellenwert bei    | ..... | m/sek, |        |
| HF                                | ..... | Lact.  | mmol/L |

|                                |    |      |  |
|--------------------------------|----|------|--|
| Kard.-Zirkul. Leistungsprüfung |    |      |  |
| Ruhe-EKG path.                 | Ja | Nein |  |

|                |       |      |  |
|----------------|-------|------|--|
| ZNS auffällig: | Ja    | Nein |  |
| Befund:        | ..... |      |  |
| Bemerkung:     | ..... |      |  |
| .....          |       |      |  |

### Haltungs- und Bewegungsapparat

|                   |       |      |  |
|-------------------|-------|------|--|
| Rumpf auffällig:  | Ja    | Nein |  |
| Thoraxdeformität: | Ja    | Nein |  |
| Bemerkung:        | ..... |      |  |
| .....             |       |      |  |

|                            |    |      |  |
|----------------------------|----|------|--|
| Becken (Schiefst./Kippung) | Ja | Nein |  |
|----------------------------|----|------|--|

Bemerkung:

.....  
.....

Beinform auffällig:

Ja

Nein

Fußform auffällig:

Ja

Nein

Bemerkung:

.....  
.....

Wirbelsäule

Sagittalabweichung

Ja

Nein

Seitabweichung

Ja

Nein

Bemerkung:

.....  
.....

Weichgewebe

Paravertebral auffällig

Ja

Nein

Bauchdecke auffällig

Ja

Nein

Bemerkung:

.....  
.....

Funktion:

HWS auffällig

Ja

Nein

BWS auffällig

Ja

Nein

LWS auffällig

Ja

Nein

Bemerkung:

.....  
.....

Obere Extremitäten auffällig:

Ja

Nein

Weichgewebe auffällig:

Ja

Nein

Bemerkung:

.....  
.....

Untere Extremitäten auffällig:

Ja

Nein

Bemerkung:

.....  
.....

Weichgewebe auffällig:

Ja

Nein

Bemerkung:

.....  
.....

Befundänderung seit letzter Untersuchung

am: .....

Ja

Nein

Röntgen erforderlich:

Ja

Nein

Bemerkung:

.....  
.....

MRT + MR-Angiographie erforderlich:

(z.B. EEG o.ä.)

Ja

Nein

Bemerkung:

.....  
.....  
.....  
.....

**BDF**  
**BUND DEUTSCHER**  
**FAUSTKÄMPFER**

## Zusammenfassende Sportärztliche Beurteilung

Name des Boxers ..... Untersuchungstag.....

|  |    |      |
|--|----|------|
| Boxtauglich:                           | Ja | Nein |
| Trainingsintensivierung:               | Ja | Nein |
| Trainingsreduktion:                    | Ja | Nein |
| Trainingsverbot auf Zeit:              | Ja | Nein |
| Keine Änderung des Trainingsprogramms: | Ja | Nein |
| Boxverbot auf Zeit:                    | Ja | Nein |
| Boxverbot auf Dauer:                   | Ja | Nein |

|   |
|---|
| Ohne Befund                                       |
| Bef. Liegt vor, Arztüberweisung notwendig:        |
| Bef. Liegt vor, ist bereits in ärztl. Behandlung: |
| Bef. Liegt vor, keine Behandlung notwendig:       |
| Bemerkung:  |
| .....   |
| .....   |
| .....   |
| .....   |
| .....   |
| .....   |
| .....   |

|          |         |         |
|----------|---------|---------|
| HIV-Test | positiv | negativ |
|----------|---------|---------|

Name des Arztes (in Druckbuchstaben) .....

Unterschrift und Stempel des verantw. Arztes .....

Untersuchungszentrum .....

Ort/ Datum .....