



BUND DEUTSCHER FAUSTKÄMPFER e. V.
Glauburger Str. 3, 63695 Glauburg/Glauberg
Tel.: 0049-(0)6185-8590215
e-Mail: info@bdf-boxen.de
Internet: 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 bdf-ramona@wittmann-boxing.de zu senden.



BUND DEUTSCHER FAUSTKÄMPFER e. V.
Glauburger Str. 3, 63695 Glauburg/Glauberg
Tel.: 0049-(0)6185-8590215
e-Mail: info@bdf-boxen.de
Internet: 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:

Amateurlämpfe:
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