

Hochschulambulanz der Universität Potsdam
Zentrum für Sportmedizin, Freizeit-, Gesundheits- und
Leistungssport Med. Untersuchungszentrum des Deutschen
Olympischen Sportbundes
Am Neuen Palais 10, 14469 Potsdam; Tel.: 0331-977 4275;
Fax: (0331) 977 1296; Email: anschoen@uni-potsdam.de

Sehr geehrte Eltern, liebe Sportler,

die Schule-Leistungssport-Verbundsysteme des Landes Brandenburg bemühen sich um eine umfassende Förderung des Nachwuchs- und Spitzensports. Teil dieser Förderung ist eine regelmäßige Erfassung des Gesundheitszustandes der Athleten. Die erste sportmedizinische Untersuchung erfolgt im Rahmen der Einschulung an die Eliteschulen des Sports. Die Eingangsuntersuchung zur Aufnahme in die Begabtenförderung findet für alle eingeladenen Schüler zentral und einheitlich an der Hochschulambulanz der Universität Potsdam statt und dauert rund 2-3 Stunden. Der Ablauf umfasst – vergleichbar mit einer Untersuchung von Spitzenathleten des DOSB – eine ausführliche körperliche Untersuchung, die Messung verschiedener Körpermaße [z.B. Größe, Gewicht, Körperfettanteil], eine Blut- und ggf. Urinuntersuchung, umfangreiche Funktionsuntersuchungen [z.B. Lungenfunktion, Ultraschall des Herzens, Belastungs-EKG, Sehtest, Hörtest]. In manchen Sportarten [z.B. Gerätturnen, Sprungdisziplinen] und bei Auffälligkeiten werden zusätzlich Röntgenaufnahmen angefertigt. Gegebenenfalls ist die Überprüfung des Ernährungsstatus und die Erstellung eines Ernährungsprotokolls notwendig. Bei Boxern erfolgt eine Ableitung der Hirnströme [EEG]. Die Untersuchung ist für Sie/Dich kostenlos und dient vorrangig der Gesundheitsförderung im Nachwuchsleistungssport. Am Ende jeder Untersuchung wird eine medizinisch begründete Einschätzung der Eignung für die Eliteschulen abgegeben. Jedem Sportler wird zeitnah ein Arztbrief mit wesentlichen Informationen der Untersuchung zugesandt. Sollte eine Einschulung in eine Eliteschule des Sports erfolgen, wird diese Gesundheitsuntersuchung im Rahmen der Gesundheitsförderung von Nachwuchsathleten im Abstand von zwei Jahren regelmäßig wiederholt.

Um eine gründliche Beurteilung zum Gesundheitszustand der jungen Sportler abgeben zu können, ist es erforderlich, dass alle vorhandenen medizinischen Unterlagen [z.B. Arztberichte, Röntgen- oder MRT-Bilder und -Befunde, Impfpass etc.] zum Untersuchungstermin mitgebracht werden. Der Untersuchungsablauf wird so effizient wie möglich gestaltet. Deshalb wird eine Reihe von Daten bereits vor der Untersuchung erhoben. Hierzu dient der Fragebogen auf der Rückseite. Wir bitten Sie/Dich deshalb, den sorgfältig ausgefüllten Bogen zur medizinischen Untersuchung mitzubringen. Bitte für das Belastungs-EKG auch Sport- und Duschsachen nicht vergessen und an eine Versorgung mit Essen und Trinken für den Tag denken.

Liebe Eltern, grundsätzlich kann eine (sport)medizinische Vorsorgeuntersuchung nur mit schriftlichem Einverständnis der Eltern erfolgen, weshalb eine Unterschrift [s.u.] notwendig ist. Mit Ihrer Unterschrift geben Sie auch gleichzeitig Ihr Einverständnis, dass bei Notwendigkeit und in verschiedenen Sportarten grundsätzlich eine oder mehrere Röntgenaufnahmen angefertigt werden. Dies dient insbesondere dem Ausschluss struktureller Veränderungen vorrangig der Wirbelsäule. Wir danken Ihnen bereits im Voraus für Ihre Mitarbeit zur Förderung der Gesundheit der jungen Athleten.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. F. Mayer
[Ärztlicher Direktor]

Hiermit erkläre ich mich mit der Durchführung der sportmedizinischen Eignungs-/Gesundheitsuntersuchung (inklusive aller Funktionsuntersuchungen) meiner Tochter/meines Sohnes für die Eliteschule des Sports im Land Brandenburg durch Mitarbeiter der Hochschulambulanz der Universität Potsdam einverstanden. Ich erkläre auch ausdrücklich das Einverständnis für die Durchführung ggf. notwendiger Röntgenaufnahmen.

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Daten zu wissenschaftlichen Zwecken in anonymisierter Form ausgewertet und anschließend entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen archiviert bzw. publiziert werden dürfen. Ich kann von dieser Einwilligung jederzeit zurücktreten ohne, dass mir dadurch nachteilige Effekte entstehen.

Ort, Datum _____ Name, Vorname _____ Unterschrift _____

Persönliche Daten

Name, Vorname _____ Geburtsdatum [Tag.Monat.Jahr] _____

Geschlecht: männl. ___ weibl. ___ PLZ [xxxxx] _____ Wohnort _____

Tel.: _____ Größe [cm] _____ Gewicht [kg] _____

Eigene Vorgeschichte [inklusive Vorerkrankungen]

Welche Kinderkrankheiten hattest Du [z.B. Mumps, Masern, Röteln, Windpocken]?

Gegen welche Erkrankungen bist Du geimpft? _____

Wurdest Du schon einmal operiert? Ja [x] ___ nein [x] ___ Was wurde operiert? _____

Hattest Du schon einmal einen Knochenbruch? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welchen? Wo? _____

Traten größere Unfälle auf? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche? _____

Warst Du schon einmal im Krankenhaus? Ja [x] ___ nein [x] ___ Wann und weshalb? _____

Hast Du Allergien/Heuschnupfen? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche? _____

Ist bei Dir ein so genanntes Asthma bekannt? Ja [x] ___ nein [x] ___

Hast Du öfter Infekte [z.B. Erkältungen]? Ja [x] ___ nein [x] ___ Wie oft pro Jahr? _____

Nimmst Du regelmäßig Medikamente? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche? _____

Trägst Du eine Brille oder Kontaktlinsen? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche Stärke (dpt)? _____

Nimmst Du regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche? Wie oft? _____

Bist Du Vegetarier? Ja [x] ___ nein [x] ___

Isst Du öfter/gerne „Fast Food“ Ja [x] ___ nein [x] ___ Wie oft pro Woche? _____

Familienvorgeschichte [v.a. Herz-Kreislaferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Krebsleiden]

Gibt es Erkrankungen Deines Vaters? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche? _____

Gibt es Erkrankungen Deiner Mutter? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche? _____

Gibt es Erkrankungen Deiner Geschwister? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche? _____

Sind bei Deinen Großeltern Erkrankungen bekannt? Ja [x] ___ nein [x] ___

Mütterlicherseits Großmutter _____ Großvater _____

Väterlicherseits Großmutter _____ Großvater _____

Aktuelle Auffälligkeiten

Hast Du derzeit Beschwerden im Alltag? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche? _____

Hast Du derzeit Beschwerden beim Sport? Ja [x] ___ nein [x] ___ Welche? _____

Klagst Du öfter über Schwindel oder Ohnmacht? Ja [x] ___ nein [x] ___ Wie oft? _____

Hast Du manchmal Herzrasen oder Herzstolpern? Ja [x] ___ nein [x] ___ Wie oft? _____

Bist Du häufig müde und abgeschlagen? Ja [x] ___ nein [x] ___ Wie oft? _____

Sport-und Trainingsvorgeschichte

Welche Sportart betreibst Du? _____ Welche Disziplin? _____

Wie häufig trainierst Du in der Woche [Anzahl/Gesamtstunden]? _____/_____

Wie viele Stunden des Trainings pro Woche davon: Ausdauertraining _____ Krafttraining _____ Sonstiges ___?