

**Ärztlicher Untersuchungsbogen**  
**Medical Examination Report**  
**Rapport d'examen médical**

**vertraulich!**  
**confidential!**  
**confidentiel!**

**Studienkurse zur Fortbildung von Leichtathletiktrainern**  
**Application for the participation at the coaching course for track and field**  
**Cours pour la formation continue en Athlétisme**

**Angaben zur Person/Information about applicant/ Informations personnelles du postulant**

Name ..... Vorname .....  
family name/ Nom first name/ Prénoms

Geburtsdatum ..... männlich  weiblich   
date of birth/ Date de naissance male/ Masculin female/ Féminin

Größe ..... Gewicht .....  
Height/ taille weight/ poids

**Anamnese/Case history/ Diagnostique**

1. **Angeborene Schäden** .....  
congenital defects / malformations congénitales
2. **Durchgemachte oder bestehende Krankheiten/Leiden (Art, Zeitpunkt)** .....  
former or present diseases/illnesses (specify and give details)/ Maladies / état guéris ou existant ( types et périodes)
  - a) Herz-Kreislauf .....  
cardio-vascular system/ circulation sanguine
  - b) Lungenkrankheiten/Tuberkulose .....  
lung diseases/tuberculosis / maladies pulmonaires /Tuberculose
  - c) Andere übertragbare Krankheiten .....  
(Malaria, Ruhr, Typhus, Meningitis, Fleckfieber, epidem. Gelbsucht, Trachom, Gelbfieber, Kinderlähmung, Geschlechtskrankheiten u.a.)  
(malaria, dysentery, typhoid fever, meningitis, epidemic typhus, epidemic jaundice, trachoma, yellow fever, poliomyelitis, venereal diseases etc.)  
(paludisme, dysenterie, typhoïde, Meningite, fièvre typhoïde, jaunisse épidémique, trachome, fièvre jaune, polio, maladies vénérienne....)
  - d) Sonstige Krankheiten .....  
other diseases / autres maladies
  - e) Operationen .....  
Surgeries/ surlurgies
  - f) Unfälle .....  
Accidents / accidents
3. **Jetzige Beschwerden/Einnahmen von Medikamenten** .....  
present complaints/medication/ les plaintes actuelles / soins

**Organbefund/Physical findings**

**a) Stütz- und Bewegungsapparat**  
supportive and locomotion system

Wirbelsäule ..... spinal column/ colonne vertébrale	Extremitäten ..... extremities/extrémités	
Schuler ..... Shoulder/ épaule	Hüfte ..... hip/ hanche	Knie ..... knee/ genou

**b) Kreislauf**

Blutdruck ..... blood pressure/ pression artérielle	Puls ..... pulse/ pouls	Blut- und Lymphgefäße ..... blood vessels an lymphatic vessels/ vaisseaux sanguins et lymphatiques
--	----------------------------	---

- c) **Brustkorb**  
thorax  
Herz..... Lunge.....  
Heart/ Coeur lungs/ poumons
- d) **Bauchraum**  
abdomen  
Verdauungssystem..... Urogenitalsystem.....  
digestive system/ Système digestif urogenital system/ système urogénital
- e) **Sinnesorgan**  
sense organs/organes de sens  
Augen/Sehvermögen..... Ohren..... Haut.....  
eyes/sight /yeux / vue ears/ oreilles skin/ peau
- f) **Nervensystem**  
nervous system/ système nerveux  
Reflexe..... Psychische Auffälligkeiten..... Geisteskrankheiten.....  
Reflexes/ reflexes psychic disorders/ Anomalies mentales mental diseases/ maladies mentales
- g) **Gebiss**  
Teeth/ dents  
Zustand..... behandlungsbedürftig..... saniert.....  
Status/ état in need of treatment/ besoins d'un traitement no need of treatment/ Remis en état / pas besoins de traitement

**Labor / Laboratoire (Laborwerte bitte beifügen) ( s'il vous plaît, joindre les données de laboratoire)**

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| HIV-Test<br>HIV test/ Test VIH         | <input type="checkbox"/> positiv<br>positive | <input type="checkbox"/> negativ<br>negative | Befunderhebung vom:.....<br>test taken on/ Résultats cliniques de |
| Hepatitis B<br>hepatitis B /Hépatite B | <input type="checkbox"/> positiv<br>positive | <input type="checkbox"/> negativ<br>negative | Befunderhebung vom:.....<br>test taken on/ Résultats cliniques de |
| Hepatitis C<br>hepatitis C /Hépatite C | <input type="checkbox"/> positiv<br>positive | <input type="checkbox"/> negativ<br>negative | Befunderhebung vom:.....<br>test taken on/ Résultats cliniques de |
| Lues (TPHA)<br>Lues/ Syphilis          | <input type="checkbox"/> positiv<br>positive | <input type="checkbox"/> negativ<br>negative | Befunderhebung vom:.....<br>test taken on/ Résultats cliniques de |

**Gesamturteil/ Note globale**

**Der Bewerber ist aus meiner ärztlichen Sicht für eine Teilnahme am Unterricht in Theorie und Praxis eines Internationalen Trainerlehrgangs geeignet**

/In my opinion as a medical practitioner, the applicant is

**Le demandeur est de mon point de vue médical, un participant aux cours théoriques et pratiques du cours international d'entraîneur**

geeignet/suited/ Apte

nicht geeignet/unsuited/ Inapte

.....  
Ort, Datum/place, date/ Lieu / Date

.....  
Unterschrift des Arztes / Stempel/signature of physician /stamp/ Signature du Médecin /Cachet

**Für den Bewerber:  
Pour le Postulant**

**Ich bestätige, die vom Arzt gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben.**

I confirm that I have truthfully and completely answered all questions asked by the physician.

Je confirme avoir répondu complètement aux questions posées par le médecin avec véracité.

.....  
Ort, Datum/place, date/ Lieu / Date

.....  
Unterschrift des Bewerbers/signature of ap/ Signature du postulant