

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