



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

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

**Studienkurse zur Fortbildung von Leichtathletiktrainern in Mainz**  
**Athletics Coaches' seminar in Mainz**  
**Formation d'entraîneurs d'athlétisme à Mayence**

**Angaben zur Person/Personal data/ Données personnelles**

Name.....  
family name/ Nom

Vorname.....  
first name/ Prénom

Geburtsdatum.....  
date of birth/ Date de naissance

männlich  weiblich   
male/ Masculin female/ Féminin

Größe.....  
Height/ taille

Gewicht.....  
weight/ poids

**Anamnese/Anamnesis/ l'anamnèse**

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 subies ou maladie persistentes ( types et périodes)
  - a) Herz-Kreislauf .....  
cardio-vascular system/ système cardiovasculaire
  - b) Lungenkrankheiten/Tuberkulose.....  
lung diseases/tuberculosis / maladies pulmonaires /Tuberculose
  - c) Andere übertragbare Krankheiten, other infectious diseases,,autres maladies contagieuses.....  
(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 vénériennes....)
  - d) Sonstige Krankheiten.....  
other diseases / autres maladies
  - e) Operationen.....  
Surgeries/ opérations
  - f) Unfälle.....  
Accidents / accidents
3. **Jetzige Beschwerden/Einnahmen von Medikamenten**.....  
present complaints/medication/ problèmes actuels / soins

**Organbefund/Physical findings/résultat de l'examen**

- a) **Stütz- und Bewegungsapparat**  
Musculoskeletal system, système musculo-squelettique
 

Wirbelsäule..... spinal column/ colonne vertébrale	Extremitäten..... extremities/extrémités	
Schulter..... Shoulder/ épaule	Hüfte..... hip/ hanche	Knie..... knee/ genou
- b) **Kreislauf**  
Circulatory system / circulation
 

Blutdruck..... blood pressure/ tension artérielle	Puls..... pulse/ pouls	Blut- und Lymphgefäße..... blood and lymph vessels/ vaisseaux sanguins et lymphatiques
--	---------------------------	---



- c) **Brustkorb**  
thorax  
Herz..... Lunge.....  
Heart/ Coeur lungs/ poumons
- d) **Bauchraum**  
abdomen  
Verdauungssystem..... Urogenitalsystem.....  
digestive system/ Système digestif genitourinary system/génito
- e) **Sinnesorgan**  
sense organs/organes sensoriels  
Augen/Sehvermögen..... Ohren..... Haut.....  
eyes/sight /yeux / vue ears/ oreilles skin/ peau
- f) **Nervensystem**  
nervous system/ système nerveux  
Reflexe..... Psychische Auffälligkeiten..... Geisteskrankheiten.....  
Reflexes psychic disorders/problèmes psychologiques mental diseases/ maladies mentales
- g) **Gebiss**  
Teeth/ dents  
Zustand..... behandlungsbedürftig..... yes/no oui/non  
Status/ état in need of treatment/ nécessité d'un traitement

**Labor /Lab / Laboratoire** (Laborwerte bitte beifügen) (please enclose the test results) (veuillez joindre les résultats du laboratoire)

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

**Gesamturteil/ Résumé**

**Der Bewerber ist aus meiner ärztlichen Sicht für eine Teilnahme am Unterricht in Theorie und Praxis eines Internationalen Trainerlehrgangs/In my opinion as a medical practitioner, the applicant is able to participate in the coaches' seminar**  
**De mon point de vue médical, le demandeur est apte à participer aux cours théoriques et pratiques de la formation d'entraîneur**

yes/ou  no/non

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

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

**Für den Bewerber:**  
**The applicant/Pour le demandeur**

**Ich bestätige, die vom Arzt gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben.**  
I confirm that I have answered all questions asked by the physician truthfully and completely.  
Je confirme avoir répondu complètement aux questions posées par le médecin avec sincérité.

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

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