



Continental Boxing Federation
Glauburg-Straße 3 | D-63695 Glauburg
Telefon: 0049-(0)6185-8590215
E-Mail: info@cbf-boxing.de
Internet: <http://www.cbf-boxing.de>

☐ Eingangsuntersuchung zur Erstlizenzierung

Umfassende sportmedizinische Tauglichkeitsuntersuchung mit ausführlicher körperlicher Untersuchung des Kämpfers, die folgende Punkte beinhalten:

1. Vorgeschichte / Kampfanamnese des Kämpfers
 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: 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 beigegeführten Bogen zur JHU (6 Seiten) komplett ausfüllen und ihn inklusive aller Befunde per Post an die Geschäftsstelle des CBF schicken.

Bei zeitlichen Problemen besteht die Möglichkeit diese Unterlagen vorab per E-mail an info@cbf-boxing.de zu senden.

Amateürkämpfe:
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:

.....
.....

Eigenreflexe 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:

.....
.....

Zusammenfassende Sportärztliche Beurteilung

Name des Kämpfers Untersuchungstag.....

Kampftauglich:	Ja	Nein
Trainingsintensivierung:	Ja	Nein
Trainingsreduktion:	Ja	Nein
Trainingsverbot auf Zeit:	Ja	Nein
Keine Änderungen des Trainingsprogramms	Ja	Nein
Kampfverbot auf Zeit:	Ja	Nein
Kampfverbot 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