

## Zuweisung Sportmedizin



Für Notfälle wenden Sie sich bitte direkt an den Dienstarzt Medizin (044 911 14 00) oder Chirurgie (044 911 14 20).

|   |  |  |  |                               |  |
|---|--|--|--|-------------------------------|--|
| <b>Patientenname:</b><br>.....                            |  | <b>Vorname:</b><br>.....                 |  | <b>Geburtsdatum:</b><br>..... |  |
| <b>Adresse:</b><br>.....                                  |  | <b>PLZ/Ort:</b><br>.....                 |  | <b>Telefon:</b><br>.....      |  |
| <b>Termin:</b>  | <input type="checkbox"/> dringlich   | <input type="checkbox"/> nicht dringlich | <input type="checkbox"/> Gewünscht am .....  |                               |  |
| <b>Sportmedizinisches Problem/Ziel:</b>                   | <input type="checkbox"/> Sportärztliche Untersuchung<br><input type="checkbox"/> Trainingsoptimierung<br><input type="checkbox"/> Probleme Herz-Kreislauf-System<br><input type="checkbox"/> Probleme mit Atmung<br><input type="checkbox"/> Abklärung Leistungsabfall   |  | <input type="checkbox"/> Diagnostik und Therapie von Sportverletzungen<br><input type="checkbox"/> Probleme des Bewegungsapparates<br><input type="checkbox"/> Anderes: .....            |                               |  |
| <b>Gewünschte Untersuchung:</b>                           | <input type="checkbox"/> Allgemeine Sportärztliche Untersuchung (SPU)<br><input type="checkbox"/> Erstellen eines Trainingsplans / Sportmedizinische Beratung<br><input type="checkbox"/> Leistungsdiagnostik mit Laktatstufentest (inkl. Trainingsberatung)<br><input type="checkbox"/> Sporternährungsberatung / Körperfettmessung<br><input type="checkbox"/> Lungenfunktion / Asthmatest |  | <input type="checkbox"/> Rumpfkraft und funktionelle Stabilitätstests<br><input type="checkbox"/> Spiroergometrie (spezielle Fragestellungen)<br><input type="checkbox"/> Anderes: ..... |                               |  |
| <b>Problem/Ziel: Präzisere Angaben (falls gewünscht):</b> |  |  |  |                               |  |
| <b>Medikamente, Supplemente:</b>                          |  |  |  |                               |  |
| <b>Fragestellung:</b>                                     |  |  |  |                               |  |
| <b>Beruf:</b>   |  |  |  |                               |  |

\_\_\_\_\_  
 Zuweisender Arzt / Telefon:  
 Bitte mit Stempel und Unterschrift (falls nicht per Email verschickt)

Datum:

Selbstzuweiser (d.h. Zuweisung durch Sportler)

Unterschrift: