

Einganguntersuchung  Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung, zur Speicherung der erhobenen Daten und deren Nutzung. Zu wissenschaftlichen Zwecken sind meine Daten so zu verändern, daß kein Bezug zwischen ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die ärztlichen Mitarbeiter der Untersuchungsstelle, für den von mir im Untersuchungsbogen genannten Manager/Trainer und den Vertrauensarzt des Bund Deutscher Berufsboxer e.V.. Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten durch diesen Benutzerkreis bedarf meiner Genehmigung.

Jahreshauptuntersuchung

BoxerIn	Ort der Untersuchung	Datum	
<b>Persönliche Daten</b>			
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Name .....		Datum der Untersuchung Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/>	
Vorname .....		Körpergröße in (cm) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Körpergewicht in (ganze kg.) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Geburtsname .....			
Straße Nr. ....		Anamnese / Zwischenanamnese seit Untersuchung vom:	
Wohnort .....			
Telefon .....			
Geburtsdatum Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/>			
Hausarzt .....		Behandlung Wenn ja durch wen:	
Straße, Nr. ....			
Wohnort .....			
<b>Training und Wettkampf</b>			
Berufsboxer seit <input type="text"/> <input type="text"/>			
Manager/Trainer .....			
Straße, Nr. ....			
Wohnort .....			
Vertrauensarzt .....			
Straße, Nr. ....			
Wohnort .....			
Amateur-Kämpfe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Profi-Kämpfe <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> K.o. Niederlagen <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Wieviele Jahre trainieren Sie bereits systematisch? <input type="text"/> <input type="text"/>			
Wie oft trainieren Sie wöchentlich (Durchschnittlich)? <input type="text"/> <input type="text"/>			
Wieviele Stunden trainieren Sie wöchentlich (Durchschnittlich)? <input type="text"/> <input type="text"/>			
Bemerkungen: .....			
.....			
.....			

