

Name / Nom	Vorname / Prénom	Jahrgang / Né en
------------	------------------	------------------

## Allgemein medizinische Untersuchung (für Light-Contact Boxing) Examen Médical général (pour Light-Contact Boxing)

### Anamnese:

#### 1. Vorgeschichte / Antécédents :

Frühere Krankheiten, Verletzungen, Operationen, Bewusstseinsverluste, epileptische Anfälle, Unfälle:  
Maladies antérieures, blessures, opérations, perte de connaissance, crises d'épilepsie, accidents:


### Status:

Gewicht/Poids	Grösse/Taille	BD/Tension artérielle	Puls/Pouls	<input type="checkbox"/> regelmässig/regular
kg	cm	/ mmHg	/ min	<input type="checkbox"/> unregelmässig/irregular

#### 1. Kopf und Gesicht / Tête et face:

Verletzungszeichen, Narben / Signes traumatiques, cicatrices:


Zustand der Haut periorbital / Etat de la peau périorbitaire:

--

Augen Yeux	Pupillen pupilles	rechts / droite	links / gauche
	Cornea Cornée	rechts / droite	links / gauche
Ohren Oreilles	Zustand Trommelfell Etat du tympan	rechts / droite	links / gauche
Pharynx			
Tonsillen			
Nase Nez			

#### 2. Nacken / Nuque

Ist die Beweglichkeit der Halswirbelsäule vollständig und schmerzfrei/ La mobilité cervicale est-elle complète et indolore?

--

### 3. Thorax

Lungen / Poumons

Herz / Cœur

pathologische Geräusche  
Bruits pathologiques

### 4. Abdomen

Raumforderungen, Narben, Spannungen, Hepatomegalie, Splenomegalie, Hernien?  
Palpation de masses, cicatrices, sensibilité ou défense, agrandissement du foie ou de la rate, hernie?

### 5. Bewegungsapparat / Système locomoteur

Hände – Handgelenke: Anomalien, Deformationen / Mains-piognets: anomalies, déformations?

### 6. Nervensystem / Système nerveux

Tremor Hände / Zunge

Tremblements de la langue ou des mains ?

Romberg-Test

Test de Romberg

Gleichgewicht / Gang

Démarche et équilibre

Muskeleigenreflexe

Réflexes propres de muscle

Sensibilität

Sensibilité

Name / Nom	Vorname / Prénom	Jahrgang / Né en
------------	------------------	------------------

- Der Boxer bewilligt den Arzt, alle Angaben an die Geschäftsstelle zu Händen des Verbands Arztes zuzustellen. Die Geschäftsstelle behandelt die Angaben vertraulich.  
Le boxeur autorise le médecin d'envoyer le formulaire au secrétariat à l'attention du médecin de la Fédération. Le secrétariat traite le formulaire confidentiel.

### III Boxtauglichkeit / Aptitude à la boxe

Boxtauglich  
Apte à boxe

Ja / Oui

Nein / Non

Datum der medizinischen Untersuchung

Date de l'examen médical

Unterschrift des untersuchenden Arztes oder Ärztin (Stempel)  
Signature du médecin examineur (timbre)