

<b>Anstelle Vornamen nur</b> O Frau oder O Mann	<b>Nachname (wird nur so erfasst)</b> GERMANY	<b>HAS ID /GMS Nummer / Teilnehmernr.</b> .....
--	--	--

<b>Datum</b>	<b>O männlich o weiblich</b>	<b>Geburtsdatum</b> ././....	<b>Alter</b> _____ <b>(Jahren) o unsicher</b>
<b>Veranstaltung</b>	<b>Ort</b>	<b>O Athlet o Partner</b>	<b>Sport</b>
<b>Delegation</b>		<b>SO Programm</b>	

<b>Rollstuhlfahrer</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<b>Höhe (m) Test</b> O 0 zu 1,500 O 1,501 zu 3,000 O > 3,000
<b>Hilfsmittel</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>Schiene, Stütze</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<input type="checkbox"/> Handgelenk	<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/> Schulter	
<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Fuß/ Knöchel

**Erkrankungen oder Verletzungen, die Screeningergebnis beeinflussen können?**

<input type="checkbox"/> Probleme mit Atmung o. Lungen	<input type="checkbox"/> Herzprobleme	<input type="checkbox"/> Probleme mit Blutdruck						
<input type="checkbox"/> Schmerzen:	<input type="checkbox"/> Untere Extremität	<input type="checkbox"/> Obere Extremität	<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Kopf			
<input type="checkbox"/> Verstauchung:	<input type="checkbox"/> Fußgelenk	<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> Hand-/gelenk	<input type="checkbox"/> Ellenbogen	<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Hals
<input type="checkbox"/> Zerrung:	<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/> Bein	<input type="checkbox"/> Rücken/ Becken	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Arm	<input type="checkbox"/> Schulter/ Schulterblatt	<input type="checkbox"/> Hals	
<input type="checkbox"/> Hautprobleme	<input type="checkbox"/> Fieber, Erkrankung oder Infektion							
<b>Bist du im letzten Jahr zu Hause gestürzt?</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein						

<b>Dehnst du dich regelmäßig?</b>	
<input type="radio"/> mehrmals am Tag	<input type="radio"/> keine Antwort
<input type="radio"/> einmal am Tag	<input type="radio"/> Antwort verweigert
<input type="radio"/> regelmäßig, aber nicht jeden Tag	<input type="radio"/> konnte nicht antworten
<input type="radio"/> nicht regelmäßig	<input type="radio"/> Frage nicht verstanden



**BEWEGLICHKEIT**

**Notiere positive (+) und negative (-) Grade**

<b>Ischiocrurale Muskelgruppe_ supine (passive) Kniestreckung</b>	
Links _____ Grad	Rechts _____ Grad
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden: O wollte nicht      O konnte nicht      O nicht verstanden	<input type="checkbox"/> Training zwischen -90° und -16° asymmetrisch
<b>Wadenmuskulatur_ supine (passive) Sprunggelenk Dorsalflexion</b>	
Links _____ Grad	Rechts _____ Grad
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden: O wollte nicht      O konnte nicht      O nicht verstanden	<input type="checkbox"/> Training weniger als +10° oder asymmetrisch
<b>Vordere Hüftmuskulatur – Modifizierter Thomas Test</b>	
Links _____ Grad	Rechts _____ Grad
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden: O wollte nicht      O konnte nicht      O nicht verstanden	<input type="checkbox"/> Training zwischen -90° und -11° asymmetrisch

**Notiere positive (+) oder negative (-) cm**

<b>Funktioneller Schulter Rotationstest – Apley's Test</b>	
Links _____ cm	Rechts _____ cm
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden: O wollte nicht      O konnte nicht      O nicht verstanden	<input type="checkbox"/> Training zwischen -90cm und -16cm zwischen Fingerspitzen und asymmetrisch

**FUNKTIONELLE KRAFT**

<b>Wie viele Tage in der Woche verwendest du durchschnittlich an körperlicher Aktivität für Muskelkraft?</b> (körperliche Aktivität für Muskelkraft schließt Gewichtheben, Gymnastikbänder, Liegestütze oder Sit-ups ein)
<input type="radio"/> keinen Tag <input type="radio"/> 1-2 Tage <input type="radio"/> 3-6 Tage <input type="radio"/> jeden Tag
<b>Wie viel dieser körperlichen Aktivität ist verbunden mit Special Olympics Training, Üben oder Wettkämpfen?</b>
<input type="radio"/> keine <input type="radio"/> wenige <input type="radio"/> viele <input type="radio"/> alle
<input type="checkbox"/> keine Antwort: <input type="checkbox"/> Antwort verweigert <input type="checkbox"/> konnte nicht antworten <input type="checkbox"/> Frage nicht verstanden

<b>Beinmuskeln – gestoppter Stehtest (funktionelle Bein kraft)</b>				<b>Zeit</b> _____ <b>Sekunden</b>
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden:				<input type="checkbox"/> Training > 20 sec.
<input type="radio"/> wollte nicht	<input type="radio"/> konnte nicht	<input type="radio"/> nicht verstanden		
<b>Bauchmuskulatur – Sit-up Test</b>			<b>Anzahl</b> _____	
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden:				<input type="checkbox"/> Training < 25 in 1 min.
<input type="radio"/> wollte nicht	<input type="radio"/> konnte nicht	<input type="radio"/> nicht verstanden		
<b>Unterarm und Handmuskeln – Griff Test</b>			Dominante Hand: <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts	
<b>Links:</b> 1. _____ kg	2. _____ kg	3. _____ kg	<b>Rechts:</b> 1. _____ kg	2. _____ kg
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden:				<input type="checkbox"/> Training s. Übungsheft
<input type="radio"/> wollte nicht	<input type="radio"/> konnte nicht	<input type="radio"/> nicht verstanden		
<b>Muskulatur obere Extremitäten – Push-up Test im Sitzen (Funktionelle Kraft)</b>				<b>Versuch</b> _____ <b>Sekunden</b>
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden:				<input type="checkbox"/> Training < 5 sec.
<input type="radio"/> wollte nicht	<input type="radio"/> konnte nicht	<input type="radio"/> nicht verstanden		

**GLEICHGEWICHT**

<b>Geöffnete Augen</b>	<b>Einbeinstand</b>	<b>Links</b> _____ <b>Sekunden</b>	<b>Rechts</b> _____ <b>Sekunden</b>
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden:			<input type="checkbox"/> Training < 20 sec.
<input type="radio"/> wollte nicht	<input type="radio"/> konnte nicht	<input type="radio"/> nicht verstanden	
<b>Geschlossene Augen</b>	<b>Einbeinstand</b>	<b>Links</b> _____ <b>Sekunden</b>	<b>Rechts</b> _____ <b>Sekunden</b>
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden:			<input type="checkbox"/> Training < 10 sec.
<input type="radio"/> wollte nicht	<input type="radio"/> konnte nicht	<input type="radio"/> nicht verstanden	
<b>Reichweitentest im Stehen</b>		<b>Links</b> _____ <b>cm</b>	<b>Rechts</b> _____ <b>cm</b>
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden:			<input type="checkbox"/> Training < 20 cm
<input type="radio"/> wollte nicht	<input type="radio"/> konnte nicht	<input type="radio"/> nicht verstanden	

**AUSDAUER**

**An wie vielen Tagen trainierst du durchschnittlich in der Woche?**  
 kein reguläres Training  1-2 Tage  3-6 Tage  jeden Tag

**An wie vielen Tagen trainierst du durchschnittlich in der Woche mit angemessenem Niveau?**  
 (angemessenes Niveau bedeutet Training mit beschleunigtem Herzschlag und beginnend zu schwitzen)  
 Beispiele: schnelles Gehen, Schwimmen, Radfahren  
 keinen Tag  1-2 Tage  3-6 Tage  jeden Tag

**Wie viel dieser körperlichen Aktivität ist verbunden mit Special Olympics Training, Üben oder Wettkämpfen?**  
 keine  wenige  viele  alle

keine Antwort:  
 Antwort verweigert  konnte nicht antworten  Frage nicht verstanden

**Sag uns bitte warum du kein regelmäßiges Training machst?**

<input type="checkbox"/> keine Trainingsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> keine Fahrmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> kein Geld
<input type="checkbox"/> kein Interesse	<input type="checkbox"/> keinen Trainer	<input type="checkbox"/> zu gefährlich
<input type="checkbox"/> körperliche Unfähigkeit	<input type="checkbox"/> keinen Mitsportler	<input type="checkbox"/> keine Ausstattung/ Bekleidung

**Wie wurde die HF gemessen?**

Manuell (Pulse)  Pulsmessgerät  Pulsoximeter

HF (Schläge/ Min):	vor der Übung: HF _____	nach der Übung: HF _____	2 Min. später: HF _____
O <sub>2</sub> Sättigung (%)	O <sub>2</sub> Sättigung _____	O <sub>2</sub> Sättigung _____	O <sub>2</sub> Sättigung _____

Zwei-Minuten Step Test **Anzahl der Schritte** \_\_\_\_\_ Schritte

Fünf-Minuten Rollstuhl Test **Entfernung** \_\_\_\_\_ Meter

konnte nicht getestet werden:  
 wollte nicht  konnte nicht  nicht verstanden

<b>Physiotherapieempfehlung</b> <b>Empfehlungsgrund</b> <b>Weiterbehandlungsempfehlung Orthopädie</b> <b>Empfehlung:</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="checkbox"/> Gleichgewicht	<input type="checkbox"/> Ausdauer
	<input type="checkbox"/> Flexibilität	<input type="checkbox"/> Kraft		
	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein		
_____				
_____				