

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

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

Rollstuhlfahrer	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Höhe (m) Test O 0 zu 1,500 O 1,501 zu 3,000 O > 3,000
Hilfsmittel	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Schiene, Stütze	<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							
Bist du im letzten Jahr zu Hause gestürzt?		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein					

Dehnst du dich regelmäßig?	
<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

Ischiocrurale Muskelgruppe_ supine (passive) Kniestreckung	
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
Wadenmuskulatur_ supine (passive) Sprunggelenk Dorsalflexion	
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
Vordere Hüftmuskulatur – Modifizierter Thomas Test	
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

Funktioneller Schulter Rotationstest – Apley's Test	
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 -90° und -16° zwischen Fingerberührung und asymmetrisch

FUNKTIONELLE KRAFT

Wie viele Tage in der Woche verwendest du durchschnittlich an körperlicher Aktivität für Muskelkraft? (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
Wie viel dieser körperlichen Aktivität ist verbunden mit Special Olympics Training, Üben oder Wettkämpfen?			
<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	

Beinmuskeln – gestoppter Stehtest (funktionelle Bein kraft)				Zeit _____ Sekunden
<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		
Bauchmuskulatur – Sit-up Test			Anzahl _____	
<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		
Unterarm und Handmuskeln – Griff Test			Dominante Hand: <input type="radio"/> links <input type="radio"/> rechts	
Links: 1. _____ kg	2. _____ kg	3. _____ kg	Rechts: 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		
Muskulatur obere Extremitäten – Push-up Test im Sitzen (Funktionelle Kraft)				Versuch _____ Sekunden
<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

Geöffnete Augen	Einbeinstand	Links _____ Sekunden	Rechts _____ Sekunden
<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	
Geschlossene Augen	Einbeinstand	Links _____ Sekunden	Rechts _____ Sekunden
<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	
Reichweitentest im Stehen	Links _____ cm	Rechts _____ cm	
<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?			
<input type="radio"/> kein reguläres Training	<input type="radio"/> 1-2 Tage	<input type="radio"/> 3-6 Tage	<input type="radio"/> 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			
<input type="radio"/> keinen Tag	<input type="radio"/> 1-2 Tage	<input type="radio"/> 3-6 Tage	<input type="radio"/> jeden Tag
Wie viel dieser körperlichen Aktivität ist verbunden mit Special Olympics Training, Üben oder Wettkämpfen?			
<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> wenige	<input type="radio"/> viele	<input type="radio"/> alle
<input type="radio"/> keine Antwort: <input type="radio"/> Antwort verweigert <input type="radio"/> konnte nicht antworten <input type="radio"/> 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 ₂ Sättigung (%)	O ₂ Sättigung _____	O ₂ Sättigung _____	O ₂ Sättigung _____

<input type="radio"/> Zwei-Minuten Step Test	Anzahl der Schritte _____ Schritte
<input type="radio"/> Fünf-Minuten Rollstuhl Test	Entfernung _____ Meter
<input type="checkbox"/> konnte nicht getestet werden:	
<input type="radio"/> wollte nicht	<input type="radio"/> konnte nicht <input type="radio"/> nicht verstanden

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