

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

Datum	O männl. O weibl.	Geburtsdatum ././.....	Alter (Jahre) O unsicher
Veranstaltung	Ort	O Athlet O andere	Sport
Delegation		SO Program	

Vorangegangene
Behandlungen oder OP`s

Einlagen: O Ja O Nein



Gewicht ____•____ kgs
Measure up to .01 kg

Schuh-Beurteilung und Schuhgrößen-Messung

Name des Untersuchers

<i>Derzeitiger Schuhtyp</i>	<i>Derzeitiger Sockentyp</i>	Gem. Schuhgröße O Kind O Erwachsener	Getragene Schuhgröße O USA O Euro O UK O Asia	Links	Rechts						
O Sport	O Sandalen	O Acryl	O Wolle	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>						
O Casual	O speziell angefertigt	O Cotton	O Andere	Links Rechts							
O Stiefel	O Nylon	O Keine Socken	Länge	USA	Euro	UK	Asia	USA	Euro	UK	Asia
		Breite		<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>

Biomechanik, kombinierter Bewegungsumfang, ruhende Biomechanik

Gelenkbeweglichkeit	Linker Fuß			Rechter Fuß		
	Norm	Eingeschränkt	Überbeweglich	Norm	Eingeschränkt	Überbeweglich
Knöchel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zehengrundgelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unt. Sprunggelenk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittelfuß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knie	<i>Val</i>	<i>N</i>	<i>Var</i>	<i>Val</i>	<i>N</i>	<i>Var</i>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<i>Hohlknie</i>		<i>Flexum</i>	<i>Hohlknie</i>		<i>Flexum</i>
	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>
Fuss-Struktur	<i>Linker Fuß</i>			<i>Rechter Fuß</i>		
Hohlfuß	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
Plattfuß	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>		
Sichelfuß	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
O-Bein	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Hinterfuß	<input type="radio"/> Val	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Var	<input type="radio"/> Val	<input type="radio"/> N	<input type="radio"/> Var
Ganganalyse	<i>Linker Fuß</i>			<i>Rechter Fuß</i>		
Normal	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Überpronation	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Übersupination	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Vorfuß Abduction	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Vorfuß Adduction	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
Spitzfußgang	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		

Haut, Nägel, Zehen und Fuß Untersuchung (zutreffendes ankreuzen)

Nägel		Haut		Füße und Knochen			
<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Normal	<input type="checkbox"/>	Ulzera	<input type="checkbox"/>	Normal
<input type="checkbox"/>	falsch geschnittene Nägel	<input type="checkbox"/>	Schwielen	<input type="checkbox"/>	Papula/Hautknötchen	<input type="checkbox"/>	Überkreuzte Zehen
<input type="checkbox"/>	Hämatom	<input type="checkbox"/>	Warzen	<input type="checkbox"/>	Nävur	<input type="checkbox"/>	Krallenzehen
<input type="checkbox"/>	Läsionen	<input type="checkbox"/>	Blasen	<input type="checkbox"/>	Exanthem	<input type="checkbox"/>	Verkürzte Zehe/n
<input type="checkbox"/>	Verfärbt	<input type="checkbox"/>	Mazeriert	<input type="checkbox"/>	Weichteilgewebe	<input type="checkbox"/>	Hallux valgus / Ballenzeh
<input type="checkbox"/>	Gesplittert und eingerissen	<input type="checkbox"/>	Risse/Rhagaden	<input type="checkbox"/>	Hornhaut	<input type="checkbox"/>	Kleinzehen- / Schneiderballen
<input type="checkbox"/>	(Ver)dickt	<input type="checkbox"/>	Rötung			<input type="checkbox"/>	Versteiftes Großzehengrundgelenk
<input type="checkbox"/>	Gelb	<input type="checkbox"/>	Feucht			<input type="checkbox"/>	Neuralgie / Nervenschmerzen
<input type="checkbox"/>	Schwarz	<input type="checkbox"/>	Trocken			<input type="checkbox"/>	Haglund-Ferse / Überbein
<input type="checkbox"/>	Weiß	<input type="checkbox"/>	Geruch			<input type="checkbox"/>	Exostose
<input type="checkbox"/>	Blase					<input type="checkbox"/>	Hammerzehen
<input type="checkbox"/>	Bröselig						
<input type="checkbox"/>	Eingewachsen						

Besprechung der Untersuchungsergebnisse

Weiterbehandlung empfohlen? Nein Ja Dringend Nicht dringend

Schnürsenkel bieten/bereitstellen? Nein Ja

Verordnung oder Abgabe von nicht verschreibungspflichtigen Medikamenten

Weiterbehandlungsempfehlung

Podologie
 Arzt
 Physiotherapie
 Pediküre
 Andere

Bemerkungen