

<b>Vorname</b>	<b>Nachname</b>	<b>HAS ID (GMS Nr.)</b> _____
----------------	-----------------	----------------------------------

<b>Datum</b>	<b>O männlich</b> <b>O weiblich</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Alter (Jahre)</b> <b>O unsicher</b>
Veranstaltung	Ort	<input type="radio"/> Athlet <input type="radio"/> Partner	Sport
Delegation		SO Programm	

<b>Rollstuhlfahrer</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Höhe (m) Test  <input type="radio"/> 0 zu 1,500 <input type="radio"/> 1,501 zu 3,000 <input type="radio"/> >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	

**Bist du im letzten Jahr zu Hause gestürzt?**    ja    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 (+) oder negative (-) Grade**

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

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

<b>Funktioneller Schulter Rotations Test - Apley's Test</b>	
Links _____ cm.	Rechts _____ cm.
<input type="checkbox"/> <b>Konnte nicht getestet werden:</b> <input type="radio"/> wollte nicht <input type="radio"/> konnte nicht <input type="radio"/> nicht verstanden	<input type="checkbox"/> <b>Training</b> <b>zwischen -90 und -16 cm zwischen Fingerberührungen oder asymmetrisch</b>

**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)

keinen Tag    1-2 Tage    3-6 Tage    jeden Tag

**Wie viel dieser körperlichen Aktivität ist verbunden mit Special Olympics Training, Üben oder Wettkämpfe?**

keine    wenige    viele    alle

keine Antwort:  
 Antwort verweigert  
 konnte nicht antworten  
 Frage nicht verstanden

<b>Vorname</b>	<b>Nachname</b>	<b>HAS ID (GMS Nr.)</b> _____
----------------	-----------------	----------------------------------

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

### GLEICHGEWICHT

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

### AUSDAUER

<b>An wie vielen Tagen trainierst du durchschnittlich in der Woche?</b>
O kein reguläres Training O 1-2 Tage O 3-6 Tage O jeden Tag
<b>An wie vielen Tagen trainierst du durchschnittlich in der Woche mit <u>angemessenem</u> Niveau?</b> ( <u>angemessenes</u> Niveau bedeutet Training mit beschleunigtem Herzschlag und beginnend zu schwitzen) Beispiele: schnelles Gehen, Schwimmen, Radfahren
O keinen Tag O 1-2 Tage O 3-6 Tage O jeden Tag
<b>Wie viel dieser körperlichen Aktivität ist verbunden mit Special Olympics Training, Üben oder Wettkämpfe?</b>
O keine O wenige O viele O alle
O keine Antwort: O Antwort verweigert O konnte nicht antworten O Frage nicht verstanden

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

<input type="checkbox"/> keine Trainingsmöglichkeit	<input type="checkbox"/> keine Fahrmöglichkeit	<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

<b>Wie wurde die HF gemessen?</b>	<input type="checkbox"/> Manuell (Pulse)	<input type="checkbox"/> Pulsmessgerät	<input type="checkbox"/> Pulsoximeter
<b>HF (Schläge/ Min):</b>	<b>vor der Übung: HF</b> _____	<b>nach der Übung: HF</b> _____	<b>2 Min. später: HF</b> _____
<b>O<sub>2</sub> Sättigung (%)</b>	<b>O<sub>2</sub> Sättigung</b> _____	<b>O<sub>2</sub> Sättigung</b> _____	<b>O<sub>2</sub> Sättigung</b> _____
<b>O Zwei-Minuten Step Test</b>	<b>Anzahl der Schritte</b> _____	<b>Schritte</b>	
<b>O Fünf-Minuten Rollstuhl- Test</b>	<b>Distance</b> _____	<b>Meter</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Konnte nicht getestet werden</b> O wollte nicht O konnte nicht O nicht verstanden			<input type="checkbox"/> <b>Training</b>

<b>Physiotherapieempfehlung</b>	O Ja O Nein
<b>Empfehlungsgrund</b>	<input type="checkbox"/> Flexibilität <input type="checkbox"/> Kraft <input type="checkbox"/> Balance <input type="checkbox"/> Aerobic Fitness
<b>Weiterbehandlungsempfehlung Orthopädie:</b>	O Ja O Nein
<b>Empfehlungsgrund :</b>	