

Vorname	Familienname	HAS ID (GMS Nr.) _____
----------------	---------------------	----------------------------------

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	Getragene Schuhgröße	Links	Rechts
		O Kind O Erwachsener	O USA O Euro O UK O Asia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Links	Rechts
O Sport	O Sandalen	O Acryl	O Wolle		
O Casual	O speziell angefertigt	O Cotton	O Andere	Länge	
O Stiefel		O Nylon	O Keine Socken	Breite	
				USA Euro UK Asia	USA Euro UK Asia
				<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<input type="text"/>	<input type="text"/>

Biomechanik, kombinierter Bewegungsumfang, ruhende Biomechanik

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

Vorname	Familienname	HAS ID (GMS Nr.) _____
----------------	---------------------	----------------------------------

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

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

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